



Joana Domingues
Madeira

**Intervenção com a pessoa em
crise suicida aos três níveis de
prevenção**

Prevenção primária, secundária e terciária

Relatório do Trabalho de Projeto de Mestrado em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Dezembro 2014

*“A verdadeira viagem de descoberta não consiste na busca de novas paisagens
mas de um novo olhar.”*

(Marcel Proust)

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Joaquim Lopes, pela notável paciência no esclarecimento de dúvidas e pelo contributo fulcral na sistematização das ideias que fomentaram esta caminhada. As suas palavras sábias inocularam a capacidade de fazer enxergar a luz quando tudo parecia escuro.

Ao Joaquim e à Cláudia, pelo apoio incondicional, disponibilidade e palavras de conforto em momentos menos bons, que sem dúvida contribuíram para o progresso nesta jornada, que se revelou inglória e incerta em alguns momentos. Ainda pela partilha dos seus vastos conhecimentos em Enfermagem de Saúde Mental e pelo contributo preponderante no nosso desenvolvimento pessoal e profissional.

Aos enfermeiros das equipas de enfermagem nas quais nos inserimos para realização dos estágios, pela amabilidade e participação ativa no nosso processo de crescimento e pelo deslumbrante trabalho que desenvolvem com as pessoas em crise suicida.

Às pessoas em crise suicida, pela partilha das suas histórias de vida, sentimentos e emoções, que permitiram o vivenciar e experienciar de sentimentos e emoções, promovendo o nosso consequente autoconhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional, contribuindo para a melhoria da qualidade das intervenções com elas desenvolvidas.

À Ana, pela paciência, companheirismo e amizade que lhe permitiram dedicar-se à leitura atenta e fornecimento de sugestões.

Ao Nuno, à minha Família e aos meus Amigos, um agradecimento especial pela compreensão das ausências em momentos cruciais que careciam da minha atenção e presença.

RESUMO

A crise suicida impôs-se como uma inquietação traduzida em necessidade de busca da melhoria dos cuidados de enfermagem em geral e das intervenções específicas do enfermeiro especialista em saúde mental em particular, a desenvolver com a pessoa em crise suicida, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária. De acordo com a Organização Mundial de Saúde a cada ano cerca de 1 milhão de pessoas morre por suicídio. Apesar de Portugal se encontrar, a nível da Europa, entre os países com taxas mais baixas de suicídio a nível global, a Direção Geral de Saúde publicou em 2009 um relatório relativo ao ano de 2006 onde explicitou o facto das taxas de suicídio no Alentejo ultrapassarem em larga escala as taxas nacional e mundial para o mesmo ano.

Perspetivando a aquisição das competências comuns de enfermeiro especialista, das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e das competências de mestre em enfermagem de saúde mental e psiquiatria desenvolvemos o projeto de desenvolvimento académico e o projeto de aprendizagem clínica.

Recorrendo à metodologia de Trabalho de Projeto e aos princípios da revisão sistemática da literatura encontrámos resposta às nossas necessidades no que diz respeito ao desenvolvimento de saberes teóricos e práticos suportados na evidência e comprovados cientificamente. O suicídio revelou-se um fenómeno multicausal e multifatorial implicando assim uma abordagem sistémica, multidisciplinar e multiprofissional no sentido da eficácia aquando da intervenção com a pessoa em crise suicida.

Os estágios perspetivaram e responderam às necessidades de contacto com a pessoa em crise suicida e com pessoas com necessidades de intervenção ao nível da saúde mental permitindo o desenvolvimento prático dos projetos.

As questões éticas e deontológicas reiteraram aquando da nossa intervenção, guiando a nossa prática e legitimando o nosso agir com a pessoa em crise suicida.

Palavras-chave: Suicídio, tentativa de suicídio, crise suicida, prevenção do suicídio, enfermagem de saúde mental, trabalho de projeto.

ABSTRACT

The suicidal crisis has established itself as a concern translated in need of search for improvement of nursing care in general and specific interventions of Mental Health Nurse Specialist, in particular, in order to develop primary, secondary and tertiary prevention with the person in suicidal crisis. According to the World Health Organization, each year approximately one million people die by suicide. Although Portugal is, in an European level, among countries with lower suicide rates globally, the “Direcção Geral da Saúde” published a report in 2009 about the year 2006, which made explicit the fact that suicide rates in Alentejo exceeded, in a large scale, national and global rates for the same year.

Looking ahead to the acquisition of common skills of Specialist Nurses and the specific skills of Nurse Specialist and Master of Mental Health and Psychiatry, we developed project of academic development and project of learning practice.

Using the methodology of Work Project and principles of systematic literature review, we found the answer to our needs, concerning the development of theoretical and practical knowledge supported by the evidence and scientifically proven. Suicide has been proved as a phenomenon with multiple causes and factors that leads to the need of a systematic, multidisciplinary and multi-professional approach, so that the intervention to the suicidal person in crisis can be effective.

Internships envisaged and responded to the needs of contact with the person in suicidal crisis and people in need of intervention at the level of mental health enabling the practical development projects.

The ethical and deontological issues prevailed during our intervention, guiding our practice and legitimizing our actions with the person in suicidal crisis.

Keywords: Suicide, suicide attempt, suicidal crisis, suicide prevention, mental health nursing, project work.

LISTA DE ABREVIATURAS

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

EEESM – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

MESMP – Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

ESM – Enfermagem de Saúde Mental

PAC – Projeto de Aprendizagem Clínica

PDA – Projeto de Desenvolvimento Académico

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SU – Serviço de Urgência

TS – Tentativa de Suicídio

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UICDP – Unidade de Internamento de Curta Duração em Psiquiatria

ULS – Unidade Local de Saúde

UMS – Unidade Móvel de Saúde

ÍNDICE GERAL

	Pág.
INTRODUÇÃO.....	14
PARTE I - PROJETO DE DESENVOLVIMENTO ACADÊMICO	
1 - PROBLEMÁTICA.....	20
2 - LINHAS ORIENTADORAS DO PROJETO.....	23
2.1 - QUESTÃO DE PARTIDA.....	23
2.2 - OBJETIVOS.....	24
2.3 - METODOLOGIA DE TRABALHO.....	24
2.4 - SELEÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO.....	28
2.4.1 - Local de Estágio I.....	29
2.4.2 - Local de Estágios II e III.....	32
3 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	38
3.1 - MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN.....	39
3.2 - SUICÍDIO.....	42
3.3 - TENTATIVA DE SUICÍDIO.....	47
4 - INTERVENÇÃO COM A PESSOA EM CRISE SUICIDA AOS TRÊS NÍVEIS DE PREVENÇÃO.....	51
4.1 - CRISE.....	52
4.2 - PREVENÇÃO PRIMÁRIA.....	53
4.3 - PREVENÇÃO SECUNDÁRIA.....	55
4.4 - PREVENÇÃO TERCIÁRIA.....	58
5 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E DEONTOLÓGICAS.....	61
PARTE II - PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA	
1 - PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA.....	68
2 - ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL.....	71

3 - ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA.....	93
CONCLUSÃO.....	106
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	110

APÊNDICES

APÊNDICE I - Artigo: Decidiste Morrer! E Agora... É Legítimo Intervirmos?

APÊNDICE II - Guião de Entrevista

APÊNDICE III - Proposta de formulário de avaliação e referenciação da pessoa em crise suicida

APÊNDICE IV - Estudo de Caso

APÊNDICE V - Atividade lúdico-terapêutica “Levar a Mal e Apreciar”

APÊNDICE VI - Comunicação oral “Alterações Psicológicas na Gravidez, Maternidade e Parentalidade”

APÊNDICE VII - Comunicação oral “Problemática da Tentativa de Suicídio em contexto de Serviço de Urgência Geral”

ANEXOS

ANEXO I - Comprovativo de participação no encontro “Estratégias de Combate ao Isolamento e à Violência Contra a Pessoa Idosa”

ANEXO II - Comprovativo de participação no “I Encontro de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Secção Regional do Sul”

ANEXO III - Certificado de comunicação oral “Problemática da Tentativa de Suicídio em contexto de Serviço de Urgência Geral”

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 - Principais conceitos do Modelo de Sistemas de Betty Neuman...	40
Quadro 2 - Mitos comuns ligados ao Suicídio/Realidade.....	44
Quadro 3 - Fatores de Risco ou Facilitadores do Suicídio.....	45
Quadro 4 - Fatores Protetores.....	46
Quadro 5 - Projeto de Aprendizagem Clínica	70

INTRODUÇÃO

O Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria ministrado pelo Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, tem por finalidade “contribuir, suportado na evidência, para o desenvolvimento de saberes teóricos e práticos da enfermagem na área de especialidade” (Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, 2011, p. 7).

O presente relatório nasceu nesse âmbito e com o intuito de servir como instrumento de avaliação do Projeto de Desenvolvimento Académico (PDA) e do Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC), inseridos nas unidades curriculares de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria I e II e desenvolvidos nos estágios I, II e III.

Apresenta-se, sob a forma documento escrito, o processo de desenvolvimento do PDA e do PAC, narrando de forma sistematizada e organizada as atividades realizadas ao longo do percurso no sentido da aprendizagem e aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (EEESM) e de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (MESMP).

Como objetivos deste relatório delinearam-se:

- Explicitar o PDA desenvolvido, baseado e suportado na evidência científica, contribuindo para o desenvolvimento de saberes teóricos e práticos, no que diz respeito às intervenções com a pessoa em crise suicida aos três níveis de prevenção;
- Explanar o PAC, direcionado para a aquisição das competências específicas do EEESM, com recurso à prática reflexiva;
- Divulgar os resultados alcançados com o desenvolvimento dos projetos (PDA e PAC);
- Expor as atividades desenvolvidas no sentido da aquisição das competências de MESMP.

Relativamente à estrutura, apresentamos duas partes fundamentais: **Parte I - Projeto de Desenvolvimento Académico** e **Parte II - Projeto de Aprendizagem Clínica**.

A **Parte I - Projeto de Desenvolvimento Académico**, subdivide-se em cinco pontos fundamentais: descrição da problemática, linhas orientadoras do projeto, enquadramento teórico, intervenção com a pessoa em crise suicida aos três níveis de prevenção e considerações éticas e deontológicas.

O PDA foi desenvolvido recorrendo as linhas metodológicas de Trabalho de Projeto. Este é um método centrado na investigação, análise e resolução de problemas, viabilizando a aquisição de capacidades e competências pessoais pela elaboração e concretização de um projeto direcionado para uma situação real, destacando-se o papel do estudante no processo de aprendizagem (Guerra, 1994).

Concordámos que a prática diária ao nível dos cuidados de enfermagem deve ser baseada em evidência comprovada cientificamente, o que significa “não só fazer as coisas de uma forma mais eficaz e com os mais elevados padrões possíveis, mas também assegurar que o que é feito, é feito “bem” – para que se obtenham mais resultados benéficos do que nocivos” (Craig & Smyth, 2004, p. 5).

As revisões sistemáticas de literatura, as normas de orientação clínica e o acesso a estudos clínicos aleatórios e controlados fornecem uma base fidedigna para a prática dos cuidados de enfermagem baseados na evidência. Arrogámos que uma revisão de literatura recorrendo aos princípios da revisão sistemática de literatura responderia às nossas necessidades no sentido da aquisição de conhecimentos baseados na evidência e comprovados cientificamente fundamentando o PDA.

As revisões sistemáticas de literatura, como parte integrante da metodologia de Trabalho de Projeto, ao mesmo tempo que reúnem a melhor evidência produzida sobre determinada área, são também úteis na identificação de áreas nas quais é necessária mais investigação para produzir evidência. Revisões sistemáticas de alta qualidade procuram identificar provas relevantes publicadas ou não, selecionam os estudos para inclusão, avaliam a sua qualidade e sintetizam os resultados encontrados, (Hemingway & Brereton, 2009).

As questões éticas e deontológicas reiteraram aquando da nossa intervenção, guiando a nossa prática e legitimando o nosso agir com a pessoa em crise suicida.

A Parte II - Projeto de Aprendizagem Clínica constitui-se por três pontos fundamentais: projeto de aprendizagem clínica, análise do desenvolvimento das competências específicas do EEESM e análise do desenvolvimento das competências de MESMP.

Enquadrámos a análise reflexiva e crítica como inerente ao desenvolvimento de todo o processo de aprendizagem. A competência advém da capacidade de mobilização de

conhecimentos (saberes, capacidades, informações), adaptando-os a contextos e situações específicas de necessidade de cuidados (Colliére, 1999).

A competência em “Enfermagem baseia-se na compreensão de tudo o que se torna indispensável para manter e estimular a vida de alguém, procurando os meios mais adaptados para o conseguir” (Colliére, 1999, p. 290). A sua aquisição depende não só da *práxis* diária, mas também do quanto cada enfermeiro investe em formação a título pessoal, considerando-se que a formação dos profissionais se assume como “um *continuum*, que começa na formação base e inclui a complementar e a formação contínua” (Nunes L. , 2003, p. 347). Esta “desempenha um papel determinante em relação à evolução dos cuidados de enfermagem, no sentido em que é geradora de condutas, de comportamentos e de atitudes” (Colliére, 1999, p. 339).

O desenvolvimento de competências foi encarado como foco da nossa atenção ao longo de todo o percurso, movido pela busca incessante da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde em geral, e dos cuidados de enfermagem em particular. Preconizámos o desenvolvimento de atividades no sentido da aquisição das competências específicas do EEESM e das competências de MESMP.

Impregnados pelos conceitos de Josso (2007) olhámos a narração das experiências decorridas ao longo dos estágios numa perspetiva de evidenciar e questionar o que herdámos pela transmissão, os projetos de vida e os recursos ligados à aquisição de experiências, apreciando-a como uma reflexão sobre nós mesmos, na medida em que nos dispusemos a pensar, sensibilizar, imaginar, emocionar, apreciar e amar. Permitimo-nos assim “estabelecer a medida das mutações sociais e culturais nas vidas singulares e relacioná-las com a evolução dos contextos de vida profissional e social” (Josso, 2007, p. 414).

A **Conclusão** recorreu à reflexão crítica como subterfúgio para a continuação da caminhada no sentido melhoria dos cuidados de enfermagem em geral e dos cuidados de especializados em Enfermagem de Saúde Mental (ESM) em particular. Concordámos que uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspectiva, que ela bem como os que a rodeiam alcancem a saúde. Ela requer uma atenção particular para com as pessoas, criada pela preocupação com o respeito por elas. Ela procede da utilização coerente e complementar dos diversos recursos de que a equipa de profissionais dispõe e constitui a prova de talentos desses profissionais. (Hesbeen, 2001, p. 52)

As referências bibliográficas foram realizadas de acordo com as normas da *American Psychology Association* (APA), sexta edição.

PARTE I – PROJETO DE DESENVOLVIMENTO ACADÉMICO

1 - PROBLEMÁTICA

Aquando do desenvolvimento da nossa atividade profissional em um Serviço de Urgência (SU) médico-cirúrgica de uma Unidade Local de Saúde (ULS) situada no Alentejo, deparámo-nos, em grande escala, com a admissão de pessoas por Tentativa de Suicídio (TS).

Neste contexto nasceu a perceção empírica do défice ao nível dos cuidados de enfermagem, encaminhamento e referenciação da pessoa em crise suicida. Não existindo valência de urgência psiquiátrica nem serviço de consulta de psiquiatria na instituição de saúde, as pessoas em crise suicida eram referenciadas para outras instituições de saúde que distam, na melhor das hipóteses, a cerca de 70 quilómetros, diligenciando a avaliação diferenciada.

Concomitantemente, verificámos que as atitudes dos profissionais de saúde face à pessoa em crise suicida se revelavam de censura e desaprovação, coexistindo a prática de manobras invasivas dolorosas e desconfortáveis mesmo quando desnecessárias e sem finalidade terapêutica, comprometendo a integridade da pessoa, a humanização e, consequentemente, a qualidade dos cuidados prestados.

Os profissionais de saúde referiam que não compreendiam nem aceitavam os comportamentos da esfera suicidária, surgindo o afastamento e negligência no estabelecimento da relação de ajuda efetiva com a pessoa em crise suicida admitida no SU após TS. A crença dos profissionais de saúde de que as pessoas não têm o direito de cometer suicídio, a falta de conhecimentos e a incerteza pode levar a comportamentos negativos perante comportamentos suicidas (Botega, et al., 2005).

De acordo com a Ordem do Enfermeiros (2012), a inclusão das temáticas de Saúde Mental, nomeadamente no que diz respeito a conteúdos sobre o suicídio, nas formações gerais e não especializadas revela-se de extrema importância, uma vez que este pode ser o único ponto de contacto entre a pessoa e o sistema de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (2012) divulga que a cada ano cerca de 1 milhão de pessoas morre por suicídio, sendo que em 2011 a taxa de suicídio a nível mundial foi de 16 por 100.000 habitantes.

A nível Europeu, Portugal encontra-se entre os países com taxas mais baixas de suicídio a nível global. De acordo com os dados estatísticos do Instituto Nacional de

Estatística, a taxa de mortalidade por lesões auto-provocadas intencionalmente em Portugal no ano de 2009 situava-se nos 9,5 e em 2010 foi de 8,2 (por 100.000 habitantes). Em 2011, registaram-se, por esta causa, 1012 óbitos em Portugal. Contudo, e de acordo com o relatório publicado em 2009 pela Direção Geral de Saúde (DGS) relativo ao ano de 2006, o Alentejo revelou-se a região com a taxa de mortalidade mais elevada no que diz respeito a lesões auto-provocadas intencionalmente (20,3/100.000 habitantes), excedendo em larga escala a taxa a nível nacional (8,2/100.000 habitantes) no mesmo ano, bem como a taxa a nível mundial. O Alentejo Litoral, no referido relatório, apresentou uma taxa de suicídio de 14,4 por 100.000 habitantes.

São apontados na literatura alguns fatores na tentativa de explicação deste fenómeno. Estes dizem respeito ao facto do Alentejo ser uma área rural, com níveis de pobreza elevados e com taxas de migração elevadas de jovens para os centros urbanos à procura de condições económicas mais favoráveis. Isto resulta em desertificação demográfica, onde as pessoas idosas acabam por ser deixadas sozinhas, isoladas e com falta de apoios de uma forma geral. (Veiga & Saraiva, 2009)

Ainda a referir que se trata uma região com um património cultural forte, com características melancólicas notáveis na música, dança, costumes e poesia e onde habitam famílias pequenas com fraca ligação aos aspetos religiosos, fatores que poderão contribuir para a vulnerabilidade da população. É de salientar que, frequentemente, o ato suicida no Alentejo envolve um espécie de culto ou simbolismo de que é exemplo o enforcamento em uma árvore específica. (Veiga & Saraiva, 2009)

A ULS na qual desenvolvemos a nossa atividade profissional abrange a área geográfica do Alentejo Litoral. De 1998 a 2008, no Baixo Alentejo, a média anual de suicídios foi de 53 casos. O concelho de Odemira detém uma das maiores taxas de suicídios a nível mundial. Em 2007 foram contabilizadas 61 mortes por cada 100 mil habitantes, com o epicentro a situar-se na freguesia de Saboia, com um dos maiores índices de suicídio em todo o mundo (Fundação Odemira, s.d.).

O concelho de Odemira faz parte dos concelhos de abrangência da referida ULS, verificando-se portanto que a admissão de pessoas em crise suicida no SU era frequente, impondo-se a otimização dos cuidados de enfermagem como uma preocupação fundamentada.

A prevenção da depressão e suicídio impõe-se como uma das áreas de preocupação descritas no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, o que reforçou a pertinência da temática.

Em redor das constatações expostas germinou a necessidade de aquisição de competências especializadas para intervenção com a pessoa em crise suicida aos três níveis de prevenção – prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária.

2 - LINHAS ORIENTADORAS DO PROJETO

A elaboração do projeto diligenciou a nossa motivação fomentando o nosso elevado envolvimento no processo de aprendizagem. De acordo com Simões (2002) a elaboração de projetos promove o desenvolvimento de uma cultura de autonomia, pesquisa e reflexão, desenvolve o conceito de responsabilidade pela intervenção, fomenta a interdisciplinaridade relacionando os diversos conhecimentos, amplifica a capacidade de expressão de opiniões e de comunicação fortalecendo, paralelamente, a capacidade de questionar e imaginar.

Recorremos à metodologia de Trabalho de Projeto aquando da elaboração e consecução do nosso projeto. Phaneuf (2005) refere que esta metodologia se assemelha ao Processo de Enfermagem, visto como um processo intelectual e deliberado e tendo na sua estrutura etapas deliberadas logicamente que visam a planificação de cuidados personalizados no sentido da prestação de cuidados de qualidade à pessoa.

Concomitantemente permite a

gestão integrada dos empreendimentos, incluindo a discussão das melhores estratégias, a realização de estudos iniciais, a coordenação dos esforços dos diversos intervenientes, o emprego racional dos recursos, a avaliação e a tomada de acções corretivas sempre que haja desvios relativamente aos planos inicialmente traçados. (Ramos, 2008, p. 5)

Pensámos que os propósitos descritos se enquadravam no perfil de competências específicas do enfermeiro especialista, pelo que consideramos que esta metodologia se revelou uma mais-valia como recurso aquando da elaboração e concretização do nosso projeto.

2.1 - QUESTÃO DE PARTIDA

No sentido de dar resposta à nossa problemática, estabelecemos com questão de partida:

Como intervir com a pessoa em crise suicida aos três níveis de prevenção – prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária?

2.2 - OBJETIVOS

A definição do objetivo geral liga-se a uma visão global e abrangente do tema, relacionando-se com o conteúdo intrínseco dos fenómenos, eventos e ideias a estudar e vinculando-se diretamente com a significação do problema. (Lakatos & Marconi, 1992)

Como **Objetivo Geral** e primordial do nosso projeto definimos:

- Adquirir competências para intervenção com a pessoa em crise suicida, aos três níveis de prevenção – prevenção primária, prevenção secundária, prevenção terciária.

Este objetivo englobou consequentemente outros, mais específicos, permitindo o faseamento e programação das atividades a desenvolver no sentido da concretização do objetivo geral. Os objetivos específicos apresentam um caráter mais concreto, com função intermediária e instrumental que irão permitir atingir o objetivo geral e aplicá-lo a situações específicas (Lakatos & Marconi, 1992).

Como **Objetivos Específicos** enunciámos:

- Identificar boas práticas ao nível da intervenção com a pessoa em crise suicida em contexto dos estágios;
- Alcançar as competências específicas do EEESM para estabelecimento de relação de ajuda efetiva, vista como relação terapêutica, com a pessoa em crise suicida;
- Conhecer e identificar, na pessoa em crise suicida, características e circunstâncias que, quando presentes, possam funcionar como fatores de risco ou predisponentes e protetores para comportamentos da esfera suicidária;
- Adquirir competências para o desenvolvimento de intervenções de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicoeducativo e socioeducativo com a pessoa em crise suicida;
- Conhecer redes de apoio da comunidade para as pessoas em crise suicida, bem como projetos existentes a nível nacional e regional (Alentejo Litoral).

2.3 - METODOLOGIA DE TRABALHO

A metodologia de trabalho utilizada para a consecução do PDA foi a metodologia de Trabalho de Projeto.

Esta metodologia é centrada na investigação, análise e resolução de problemas, salientando-se o papel do estudante no processo de aprendizagem. Como etapas fundamentais destacam-se: identificação da situação problema, formulação dos problemas parcelares, esboço de planificação do projeto, investigação e produção, apresentação dos trabalhos e avaliação. (Monteiro, 2013)

Podem-se resumir estas fases apenas a três, sendo elas: fase de estudos (fase preliminar de recolha e ponderação das informações de interesse), fase de planeamento (estabelece-se a estratégia do projeto, definindo linhas de ação, identificando recursos e calendarizando as tarefas) e fase de realização (execução das ações definidas aquando da fase de planeamento). (Ramos, 2008)

O uso desta metodologia de trabalho revelou-se uma mais-valia ao desenvolvimento das competências de EEESM, potenciando o uso das nossas melhores faculdades, responsabilizando-nos pelo percurso de aprendizagem e permitindo, concomitantemente, a canalização das nossas vivências e experiências profissionais para o processo de aprendizagem.

A Enfermagem como ciência humana requer, para o seu exercício, um acurado leque de competências baseadas em conhecimentos adquiridos ao longo dos tempos. Falar em conhecimento em Enfermagem demanda referenciar a teoria de Bárbara Carper (1978) preconizando que a Enfermagem possui um corpo de conhecimentos organizado em quatro padrões, permitindo-lhe distinguir-se como uma estrutura única, sendo eles:

- *Conhecimento Empírico* – conhecimento do que é verificável, objetivo e baseado na investigação, permitindo o desenvolvimento das teorias;
- *Conhecimento Ético* – conhecimento moral sobre princípios e valores enquanto linhas condutoras na tomada de decisão no decorrer do agir profissional. Inclui ações deliberadas e voluntárias submetidas a escolhas éticas e morais. Obriga a que o enfermeiro esteja consciente de que a cultura e as posições filosóficas afetam a tomada de decisão no que diz respeito à prestação de cuidados;
- *Conhecimento Estético* – conhecimento aliado às habilidades técnicas. Engloba o conhecimento tácito e a intuição, assim como a imaginação e a criatividade, ao mesmo tempo que invoca capacidades e habilidades de comunicação e a empatia;
- *Conhecimento Pessoal* – o autoconhecimento, a autoconsciência e a sabedoria pessoal, relacionado com a consciência de Si enquanto pessoa e enfermeiro, a sua integridade e

a sua autenticidade. Requer capacidade de reflexão, oportunidade para a relação e capacidade de análise e síntese do conhecimento.

A prática baseada na evidência impõe-se como uma premissa fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. Sabe-se que quase diariamente é produzido conhecimento novo e pensamos que implementar mudanças constantes a nível das intervenções pode causar mais transtorno do que benefício em termos práticos.

Entre o volume de publicações, é importante ser-se capaz de discernir quão sólida é a evidência: como o estudo foi delineado e até que ponto os resultados podem ser generalizados a uma população vasta. É importante lembrar que diferentes tipos de “evidência” e de conhecimento são gerados por diferentes metodologias de investigação: todas têm o seu lugar mas temos de ter presentes os pontos fortes e fracos de cada uma. (Craig & Smyth, 2004, p. 7)

A metodologia de Trabalho Projeto integra a metodologia de Revisão Sistemática de Literatura. Uma revisão sistemática de literatura passa então por diferentes fases aquando da sua elaboração, que proporcionam e fomentam a sua fidedignidade, sendo elas: definir apropriadamente da questão de investigação, procurar a literatura, aceder e analisar os estudos, combinar os resultados e aplicar os resultados no seu contexto. (Hemingway & Brereton, 2009).

Realizámos uma revisão de literatura recorrendo aos princípios da revisão sistemática de literatura, perspetivando a fidedignidade dos resultados encontrados. Após definição da questão de partida, selecionámos as palavras-chave, prosseguindo posteriormente para a pesquisa em bases de dados científicas nomeadamente EBSCO Host (CINAHL Plus with full text, Medline with full text, Cochrane Database of Systemic Reviews, Cochrane Central Register of Controlled Trials, MedicLatina), Medline Books, PubMed, B-ON, Google Scholar.

As **palavras-chave** selecionadas foram: suicídio, tentativa de suicídio, crise suicida prevenção primária, prevenção secundária, prevenção terciária, intervenção na crise, suicide, suicide attempt, suicide crisis, primary prevention, secondary prevention, tertiary prevention, crisis intervention.

A pesquisa inicial, realizada com todas as palavras-chave em simultâneo, com delimitação de datas entre 2002-2013, não produziu resultados. Posteriormente, foram realizadas diferentes associações entre as palavras-chave no sentido de ter acesso a um maior número de estudos que dessem resposta à nossa questão. Após a leitura dos resumos foram

excluídos os artigos que não nos forneciam conclusões significativas. Foram assim selecionados 30 artigos que considerámos dar resposta à nossa questão de partida.

Procedemos à análise do conteúdo e da validade das informações dos estudos, no sentido de tornar a nossa revisão de literatura a mais completa possível e com evidência científica comprovada e desejada.

Para a avaliação dos estudos devem ser aplicados critérios para apreciar a validade dos seus resultados e a possibilidade das conclusões estarem baseadas em dados viciados (Castro, 2011). As grelhas para avaliação dos estudos impõem-se como uma mais-valia e fornecem uma ferramenta sistematizada que permite a análise, no sentido em que ensinam e difundem as habilidades de pesquisa e leitura crítica que permitem tomar decisões baseadas na evidência. A leitura crítica melhora a leitura científica. (Critical Appraisal Skills Programme, 2011)

Considerámos a Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe) e o uso das suas grelhas de avaliação de estudos uma ferramenta a usar na análise crítica dos estudos a englobar na realização da nossa revisão de literatura com recurso aos princípios da revisão sistemática de literatura.

Concordámos que a investigação promove a qualidade dos cuidados de enfermagem,

Pela descoberta dos conteúdos e das estruturas que confirmam (ou infirmam) o que se procura demonstrar a propósito das mensagens, ou pelo esclarecimento de elementos de significações susceptíveis de conduzir a uma descrição de mecanismos de que *à priori* não detínhamos a compreensão. (Bardin, 1977, p. 29)

Concomitantemente à pesquisa e revisão de literatura foram realizados os estágios I, II e III, onde incorporámos os achados da evidência científica na prática dos cuidados e delineámos as intervenções a implementar com a pessoa em crise suicida nos mais altos níveis de evidência encontrados. Paralelamente, tornou-se necessária a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos no sentido da aquisição das competências de EEESM, com recurso às temáticas das unidades curriculares do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e pesquisa bibliográfica pertinente, fomentando e potenciando o processo de aprendizagem.

As vivências em contexto dos estágios reforçaram a incorporação dos conhecimentos teóricos, recorrendo à reflexão crítica como ferramenta na promoção da sua

integração como experiências formadoras e preconizadores de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

A formação vista como um processo interior que se liga à experiência pessoal, permite a transformação pelo conhecimento, assegurando que todos os espaços e tempos da vida são potenciais espaços e tempos de formação e transformação humana (Bragança, 2011). Deve portanto ter potencial para desencadear novidade e mudança, não descurando a necessidade de *desaprendizagem* de hábitos antigos após a tomada de consciência dos mesmos como freios no desenvolvimento, permitindo a disponibilidade para a criatividade e consequentemente dar lugar a nova aprendizagem (Josso, 2012).

2.4 - SELEÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

O objetivo do estágio I prendia-se com a aquisição das competências específicas de EEESM em ligação à intervenção com a pessoa em crise suicida ao nível da prevenção secundária. Impôs-se a necessidade de seleção do local propício para o efeito e considerámos, tendo em conta os objetivos e a área de interesse, que o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) de um Centro Hospitalar situado na margem do sul do rio Tejo seria apropriado para dar início ao PDA e ao PAC.

Esta eleição adveio do facto de este departamento fazer parte da rede de encaminhamento e referenciação das pessoas admitidas no SU no qual desenvolvemos a nossa atividade profissional, possibilitando assim o conhecimento da rede de referenciação das pessoas da nossa área de abrangência. Concomitantemente, permitiu-nos compreender os critérios para hospitalização e possibilitou-nos a resposta a algumas dúvidas que surgiam na prática diária dos cuidados, no que diz respeito ao seguimento e encaminhamento das pessoas em crise suicida.

Nos estágios II e III tínhamos por objetivos dar continuidade ao desenvolvimento do PDA e PAC. Uma vez ultrapassada a fase de aquisição de competências em contexto hospitalar, surgiu-nos a necessidade de um local de estágio que desse resposta à aquisição de competências em contexto dos cuidados de saúde primários e comunidade, em ligação à intervenção com a pessoa em crise suicida aos níveis de prevenção primária e terciária.

Neste sentido, e tendo em conta o conhecimento de um projeto a decorrer em parceria entre a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de um Centro de Saúde situado no Litoral Alentejano e uma fundação privada do mesmo município, com o objetivo inicial

de diminuir as taxas de suicídio, considerámos que este seria uma opção viável no sentido de dar resposta às nossas necessidades, no sentido da continuação do desenvolvimento dos nossos projetos.

2.4.1 - Local de Estágio I

A atividade no âmbito da saúde mental na área geográfica do DPSM onde se desenrolou o estágio I teve início em 1990 com o Centro de Saúde Mental. Com a sua extinção nasceu em 1992 o DPSM que procurou ir ao encontro as necessidades da população. A Unidade de Internamento de Curta Duração de Psiquiatria (UICDP) foi inaugurada em Abril de 2004.

Relativamente ao espaço físico do DPSM constatámos a existência três áreas funcionais: o serviço de internamento de doentes agudos, UICDP e as Consultas Externas de Psiquiatria.

O serviço de internamento de doentes agudos era constituído por enfermarias de duas ou três unidades e por quartos individuais, perfazendo um total de 24 camas. Consiste em um serviço de internamento misto com admissão de pessoas de ambos os sexos, ficando os diferentes géneros separados espacialmente por enfermarias, e interação entre si nos espaços comuns do departamento.

A UICDP era constituída por oito macas, onde eram admitidas pessoas de ambos os sexos. Preconizava-se que pessoas de género diferente ficassem em macas paralelas, separadas por biombo, potenciando a diminuição do constrangimento provocado pela dificuldade em manter a completa privacidade, dadas as características do espaço físico.

Sendo uma unidade de internamento de curta duração subentendia-se que o tempo de internamento rondasse as 24-48 horas. Contudo, segundo o que foi possível apurar junto da equipa de enfermagem, esta realidade estava longe de ser como desejada, tendo em conta que o serviço de internamento nem sempre conseguia colmatar as necessidades, condicionando a transferência das pessoas da UICDP para o serviço de internamento, prolongando-se assim a média de tempo de internamento na unidade.

As consultas externas de psiquiatria tinham como principais objetivos prevenir o internamento, realizar o *follow-up* e manter a pessoa com doença mental inserida na comunidade. Na consulta externa era concretizado o acompanhamento regular da terapêutica realizada em regime de ambulatório. No momento do estágio eram desenvolvidas

intervenções psicoterapêuticas com as pessoas em programa de soroterapia por um EEESM, com menos frequência do que está preconizado. Todas as intervenções desenvolvidas na consulta externa estavam ao cargo de um só enfermeiro, com apoio esporádico de um elemento da equipa de enfermagem do serviço de internamento, o que desencadeava a priorização dos cuidados, protelando-se as intervenções de âmbito psicoterapêutico, psicoeducativo, socioterapêutico e socioeducativo.

O DPSM tinha por missão e objetivo assegurar os cuidados de saúde à pessoa com perturbação do foro mental e psiquiátrico, intervindo nas áreas da prevenção, reabilitação, reinserção comunitária, por forma a aumentar a sua qualidade de vida ao longo do seu ciclo vital.

À equipa de enfermagem, dentro da sua autonomia, cabia proceder à prestação de cuidados de enfermagem englobando atividades de âmbito terapêutico específicas, das quais são exemplo as atividades lúdico-terapêuticas e as entrevistas de ajuda, com o objetivo de estabelecer uma relação terapêutica com as pessoas. Constituída maioritariamente por enfermeiros especialistas em ESM, esta equipa fomentava a implementação de intervenções de enfermagem especializadas, ajustadas e adaptadas à área de intervenção bem como às reais necessidades das pessoas. O método de trabalho utilizado pela equipa centrava-se no método individual, modelo de cuidados globais.

A equipa multidisciplinar comportava profissionais de diferentes áreas de conhecimento e intervenção, que se articulavam, interligavam e interagiam no sentido da promoção da saúde, prevenção da doença e continuidade dos cuidados no período pós-alta, nomeadamente no que diz respeito aos apoios sociais e apoio à estrutura familiar.

No serviço de internamento eram admitidas pessoas provenientes do SU, da UICDP e das consultas externas de psiquiatria. Aquando da admissão no serviço era realizado o acolhimento na unidade de internamento e no serviço pelo enfermeiro, ao qual se seguia a entrevista de avaliação inicial, cuja finalidade se prendia no levantamento das necessidades da pessoa, bem com na recolha de dados pertinentes sobre história clínica e história de internamento atual.

Os dados recolhidos permitiam o estabelecimento de diagnósticos de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), estabelecendo-se posteriormente objetivos e intervenções a desenvolver com a pessoa no sentido do restabelecimento da sua saúde mental. No momento de realização do estágio, a CIPE encontrava-se em fase de implementação informática a nível do serviço.

As pessoas admitidas eram maioritariamente oriundas de áreas rurais, desenvolvendo as suas atividades profissionais dentro do sector primário e secundário. Eram sobretudo trabalhadores rurais, da pesca e fabris com um nível socioeconómico baixo, maioritariamente de meia-idade, com rede familiar deficiente, graus de dependência moderados e portadores de doença mental crónicas. As patologias mais frequentes diziam respeito a psicose, doença bipolar, depressão, dependências de substâncias tóxicas (alcoolismo crónico, toxicodependências), crise suicida e perturbações da personalidade. Destacava-se portanto a necessidade de intervenções de âmbito terapêutico e de reabilitação psicossocial.

Relativamente ao ambiente físico, denotámos a preocupação pela manutenção de um ambiente terapêutico, designadamente no que diz respeito à restrição de substâncias estimulantes (café) e ao acesso a meios potencialmente letais (as lâminas de barbear eram entregues diariamente, vigiado o uso e recolhidas sistematicamente e o uso de isqueiros era restrito, ficando um assistente operacional responsável pelo seu fornecimento nos horários estipulados e em sala para fumadores).

Contatámos que as janelas estavam equipadas de forma a permitir uma abertura mínima. Contudo, verificou-se que os vidros são quebráveis, o que aumenta o risco de pessoas agitadas, agressivas ou com ideias de fuga utilizarem algum tipo de objeto (mesas de refeição e cadeiras de fácil acesso e manuseamento) para partir o vidro, incorrendo-se no risco de lesão da pessoa e dos profissionais.

Verificámos a preocupação pela manutenção de um espaço vital do serviço amplo, soalheiro e arejado promotora de deambulação das pessoas por uma área alargada, com o intuito de minimizar os sentimentos de clausura, punição e de isolamento. Denotava-se ainda a preocupação da equipa multidisciplinar no incentivo à sociabilização entre as pessoas hospitalizadas.

Desta forma, o serviço estava organizado para oferecer á população abrangida as respostas ajustadas e adequadas às suas necessidades em cuidados de ESM.

De acordo com o que foi possível apurar junto da equipa médica do DPSM, os principais critérios para internamento hospitalar de pessoas em crise suicida eram, no momento do estágio, manutenção da ideação suicida, com ou sem plano estruturado, presença de fatores de risco ou doença mental associada e a consideração da gravidade do ato.

2.4.2 - Local de Estágio II e III

Os estágios II e III, interligados entre si e com o objetivo de dar continuidade ao desenvolvimento do PDA e do PAC, tiveram lugar em uma UCC integrada em um Centro de Saúde situado no Litoral Alentejano.

A parceria criada entre esta UCC e instituições privadas do mesmo município desenvolveu um projeto que, com recurso a uma Unidade Móvel de Saúde (UMS), tinha por objetivo proporcionar cuidados de saúde ao idoso isolado no domicílio, primariamente de enfermagem e complementado seguidamente com a equipa multidisciplinar.

A equipa base da UMS era provida de enfermeiro e motorista, com foco de atenção no idoso frágil e muito frágil isolado. A equipa multidisciplinar era parte integrante da rede social de apoio na qual se pretendia enredar o idoso isolado, no sentido de maximizar a qualidade das intervenções e das respostas às necessidades. De acordo com as necessidades identificadas eram providenciados cuidados ao nível médico, fisioterapia, nutrição, higiene oral e assistência social.

Segundo informação fornecida pela equipa de enfermagem da UCC, este projeto teve início em Janeiro de 2010 com os seguintes objetivos:

- Efetuar mapeamento das pessoas idosas isoladas, em parceria com as autarquias e outras instituições;
- Contribuir para o diagnóstico da situação de saúde das pessoas idosas isoladas;
- Estabelecer a periodicidade das visitas domiciliárias consoante a fragilidade do idoso;
- Implementar uma aplicação informática que permitisse um registo de dados referentes às diferentes áreas profissionais de intervenção com a pessoa idosa isolada;
- Criar modelos de referenciação das pessoas visitadas para as diferentes unidades funcionais dos cuidados de saúde;
- Construir e dinamizar parcerias com a autarquia local, no sentido de concretizar o projeto de regulamento municipal para a concessão de apoio a estruturas sociais desfavorecidas ou dependentes;
- Contribuir para a viabilização do cartão social municipal;
- Promover parcerias com outros órgãos sociais para implementação de um sistema de alerta simples que permitisse ao idoso entrar rapidamente em contacto com os familiares ou serviços de saúde.

Perspetivava-se a diminuição das taxas de suicídio no idoso, proporcionando cuidados de saúde com qualidade e de proximidade, numa perspetiva multisectorial e multiprofissional, fomentando a articulação da saúde com outros setores e instituições da comunidade, numa responsabilidade partilhada e potenciadora dos recursos existentes.

O diagnóstico foi realizado em uma freguesia do concelho, com baixa densidade populacional, elevado índice de envelhecimento e características de isolamento. Foram apuradas dificuldades no acesso aos serviços de saúde, principalmente nas pessoas idosas que viviam isoladas nos montes nos arredores da aldeia, dificultando o acesso equitativo aos cuidados de saúde.

Com recurso a um questionário inicial para levantamento das necessidades, a equipa de enfermagem constatou que a média de idades se situava nos 76,8 anos, com 91,2% dos idosos analfabetos, 55% das habitações sem água canalizada (e entendeu-se por água canalizada a existência de pelo menos uma torneira com água proveniente de diversas origens) e 30% sem instalações sanitárias. Verificou-se que 54% dos idosos viviam com o cônjuge de igual idade e problemas de saúde semelhantes, 31% tinham risco de queda pela debilidade física e 22% estavam sob auto ou polimedicação.

Em concordância com estes dados temos que a região do Alentejo se apresentava em 2011 como a mais envelhecida, em que a percentagem de habitantes com 65 anos ou mais ronda os 24,3%, o que corresponde a um índice de envelhecimento de 179 (Instituto Nacional de Estatística, 2011), valor significativamente mais elevado que o índice de envelhecimento nacional de 129.

O envelhecimento da população revela-se como um dos fenómenos demográficos mais preocupantes no século XXI. “Este fenómeno tem marcadamente reflexos de âmbito sócio-económico com impacto no desenho das políticas sociais e de sustentabilidade, bem como alterações de índole individual através da adopção de novos estilos de vida” (Instituto Nacional de Estatística, 2011, p. 14).

Concomitantemente, registou-se em 2011 um aumento do índice de dependência total para 52 comparativamente a 48 em 2001 (aumento de cerca de 21%), o que nos permite perceber e quantificar o aumento do esforço que a sociedade exerce sobre a população ativa. Verificou-se, em concordância com as regiões mais envelhecidas do país, que a região do Alentejo apresenta o mais elevado índice de dependência total, 61, o que significa que existem 61 pessoas em idade não ativa por cada 100 pessoas em idade ativa. (Instituto Nacional de Estatística, 2011)

A evolução demográfica demonstra que o Alentejo registou em 2011 uma diminuição na população de 2,5% comparativamente a 2001, aliando-se à observância de um índice de sustentabilidade de 2,6 comparativamente a 3,4 a nível nacional, o que nos possibilita avaliar o esforço que a população em idade não ativa exerce sobre a população ativa nesta região. (Instituto Nacional de Estatística, 2011)

A UMS programava a sua atividade diariamente, dando resposta a necessidades identificadas em visitas domiciliárias anteriores ou satisfazendo necessidades manifestadas em contacto urgente por parte das pessoas idosas isoladas. Às pessoas isoladas acompanhadas pela UMS era disponibilizado contacto telefónico alternativo ao contacto telefónico do Centro de Saúde, disponível para situações de emergência.

A demonstração de preocupação e a disponibilização da ajuda fomentava no idoso isolado sentimentos de segurança e de proximidade com os cuidados de saúde, promovendo o bem-estar psicológico. Concomitantemente, o idoso sentia-se investido pela comunidade onde está inserido, diluindo-se assim os seus sentimentos de abandono.

De salientar que o isolamento territorial e social se verificou de tal ordem que, muitas vezes, em oito horas apenas era possível efetuar 3 a 4 visitas domiciliárias, em consequência das distâncias que separavam as pessoas idosas nos montes e das dificuldades verificadas ao nível dos acessos associadas a condições climatéricas muitas vezes adversas.

Perante condições de trabalho muitas vezes precárias, a equipa da UMS munia-se de esforços para levar os cuidados de saúde àqueles que deles se encontravam necessitados, com notável disponibilidade, profissionalismo, sentido de responsabilidade e respeito pela dignidade da pessoa, promovendo a equidade nos cuidados de saúde que se encontrava muitas vezes comprometida.

Entre a medicação prescrita e em uso pelo idoso isolado e visitado pela UMS, associada à medicação para as múltiplas doenças físicas, existiam também psicofármacos, maioritariamente antidepressivos e indutores do sono, notando-se todavia a desvalorização dos mesmos. A grande maioria dos idosos visitados apresentava sintomatologia depressiva, com a consequente desmotivação para a realização de atividades prazerosas e notável ausência de projetos de vida.

A desvalorização, tanto por parte do idoso como por aqueles que os rodeiam, dos sintomas depressivos advinha da crença de que os sentimentos de tristeza estavam associados às múltiplas perdas ao longo da vida e eram vistos como uma consequência direta do processo de envelhecimento. A velhice não pode ser encarada como um sinónimo de

solidão mas a tristeza é o sentimento que mais leva ao sentimento de solidão no idoso (Lopes, Lopes, & Camara, 2009).

Aquando das visitas domiciliárias era promovida a adesão ao regime terapêutico e a literacia em saúde. A distribuição de caixas para medicação com sistema de unidose diária preparada pelo enfermeiro quinzenalmente capacitava o idoso na gestão do regime terapêutico e diminuía os sentimentos de ansiedade e angústia sentidos muitas vezes em consequência do analfabetismo e dificuldade em cumprir as indicações médicas.

A disponibilização da ajuda efetiva, da escuta ativa e a demonstração de preocupação suscita no idoso sentimentos de diminuição do isolamento a que estão sujeitos em termos geográficos, o que lhes transmite sentimentos de confiança na “chegada” da ajuda e crença de que, em caso de necessidade de cuidados de saúde, a probabilidade de “socorro” se encontra aumentada.

A visita domiciliária, só por si, foi considerada como intervenção de âmbito terapêutico, na medida em que diminuía os sentimentos de solidão, angústia, desamparo e desesperança muitas vezes verificados. A equipa da UMS levava consigo alegria capaz de desencadear sorrisos, vontade de melhorar a qualidade de vida do idoso isolado e a demonstração de preocupação que diminuía os sentimentos de perceção como “fardo” para a comunidade por parte do idoso. Com o avanço da idade, a maioria das pessoas idosas tendem a reduzir a participação na comunidade, podendo potenciar sentimentos de solidão e desvalorização, com efeitos nefastos ao nível da integração social e familiar, bem como ao nível da saúde física e psíquica (Teixeira, 2010).

A qualidade de vida da pessoa idosa é condicionada por fatores psicológicos para além da saúde física, nomeadamente no que diz respeito à perceção da pessoa sobre si própria e sobre a sua vida. (Carneiro, Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012)

Os modelos de qualidade de vida vão desde a satisfação com a vida ou bem-estar social a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas e até dimensões menos tangíveis, tais como o sentido de segurança, a dignidade pessoal, a oportunidade de atingir objetivos pessoais, a satisfação com a vida, a alegria, o sentido positivo de si. (Carneiro, Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012, p. 32)

Constatámos, aquando das visitas domiciliárias ao idoso isolado, sentimentos de tristeza em ligação às dificuldades na manutenção de contacto com os filhos que, em busca de melhor qualidade de vida pessoal e profissional, se deslocaram para regiões mais

povoadas, por vezes situadas a muitos quilómetros de distância, deixando ficar para trás sentimentos de saudade e de abandono indescritíveis no idoso. A visita domiciliária potenciava a diminuição destes sentimentos de completo abandono. O principal desafio no processo de envelhecimento enraíza no confronto com as perdas afetivas (perda de papéis, filhos que saem de casa, reforma, viuvez), o que vai exigir do idoso um esforço acrescido na adaptação a essa situação e manutenção da qualidade de vida (Teixeira, 2010).

De salientar a preocupação dos intervenientes no projeto em estimular a sociabilização entre os idosos, motivando para a participação nos convívios e despertando o idoso para a importância da participação em atividades recreativas e prazerosas. Lopes, Lopes e Camara (2009) dizem-nos que a desmotivação no idoso aparece muitas vezes como sinal de depressão, uma vez que a motivação é ameaçada pela dependência física e alteração da autoestima e pela dificuldade na adaptação a novas situações. “Um idoso privado de convívio sofre; deixando de exercer atividades antes vivenciadas com prazer, torna-se triste e limitado” (Lopes, Lopes, & Camara, 2009, p. 378).

Estas atividades eram promovidas numa escola primária que foi reconstruída e requalificada para o efeito. A escola primária, símbolo de vida e juventude, pretendia estimular as boas recordações no idoso, no sentido de diligenciar a diminuição dos sentimentos negativos ligados ao envelhecimento. A promoção de encontros e convívios entre os idosos permitia o restabelecimento de laços sociais e de amizade esvanecidos pelo tempo, a construção de novas ligações afetivas entre os idosos e o surgimento de sentimentos pertença e inserção na comunidade. A satisfação na vida e a felicidade relacionam-se positivamente com a participação social, destacando-se os contactos sociais, a ajuda a outras pessoas e a participação em organizações voluntárias como fortes promotores do bem-estar, sendo que os contactos sociais podem ser mais importantes para a felicidade que dispor de rendimentos (Carneiro, Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012).

Fonseca (2004, p.210-211), citado por Carneiro, Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, (2012, p. 88) diz-nos que

o estabelecimento de relações de confiança surge, efetivamente, como o melhor antídoto para combater o sentimento de solidão que, independentemente do contexto onde se vive, espreita por detrás do isolamento físico ou geográfico, de um estilo de vida solitário, de uma doença grave ou incapacitante, de uma perda, da morte iminente ou, simplesmente, da dificuldade em exprimir sentimentos acerca da respetiva condição de vida.

Foi notável a relação de confiança e ajuda efetiva que se estabelecia entre a equipa da UMS e o idoso isolado, desenvolvendo estratégias e implementando medidas para dar resposta às necessidades identificadas, nomeadamente no que diz respeito aos cuidados médicos e serviços sociais, disponibilizando escuta ativa e interesse e manifestando empatia e preocupação com a pessoa idosa isolada.

O suicídio entre pessoas idosas aparece-nos hoje como um grave problema na sociedade, com dimensões mundiais, associando-se ao conhecimento de que a razão entre TS e ato consumado é de 2:1. As tentativas de suicídio decrescem com a idade, crescendo o número de suicídios consumados. (Minayo & Cavalcante, 2010)

Constatámos, pelo exposto, que o projeto criado, implementado e desenvolvido em parceria apesar das múltiplas dificuldades sentidas pelos profissionais envolvidos ia de encontro às diretrizes emanadas pelo Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013/2017). No que diz respeito à população idosa, este define estratégias tais como: promover a sinalização e monitorização dos idosos isolados, por freguesias, em articulação com a rede de saúde, rede social e Autarquias; maior vigilância do estado de saúde dos idosos através das equipas de cuidados de saúde primários; promoção de atividades integradas de estimulação relacional, ocupação e combate do isolamento; melhorar a rede de apoio para o desenvolvimento de atividades de vida diária (Carvalho, et al., 2013).

3 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Ao longo dos tempos assistiu-se a várias correntes de pensamento acerca do que hoje chamamos de Cuidados de Enfermagem. Apreender a prática dos cuidados implica, em primeira instância, refletir acerca da sua principal finalidade - permitir a vida continuar e reproduzir-se. Da prática das mulheres de virtude, passando pela prática dos cuidados como (mulher) enfermeira auxiliar do médico, seguindo-se para as correntes tecnicistas e progredindo para as correntes ligadas à relação, começou a nascer a procura da identidade da enfermeira e partimos para uma interrogação acerca da natureza dos cuidados para compreender os Cuidados de Enfermagem. (Colliére, 1999)

Foi aqui que começaram a surgir as primeiras Teorias de Enfermagem. Foi com Florence Nightingale que surgiram as primeiras notas sobre os cuidados de enfermagem que, não sendo consideradas como regras de pensamento, pretendiam trazer sugestões de atuação aquando da prestação de cuidados (Nightingale, 1860).

Posteriormente, várias foram as correntes de pensamento, filosofias, teorias e modelos de enfermagem que foram surgindo, fruto da afirmação da Enfermagem como ciência com um corpo de conhecimentos próprio, permitindo o crescimento e desenvolvimento da Enfermagem e dos Cuidados de Enfermagem tal como os conhecemos nos dias de hoje.

Os diferentes teóricos de enfermagem examinaram a relação entre o Homem, a Saúde e o Ambiente, ao mesmo tempo que fizeram a análise desta relação com a Enfermagem. Do resultado destas pesquisas nasceram as teorias de enfermagem, ou por outras palavras, aquilo que certas pessoas consideram ser o processo chamado Enfermagem. (Timby, 2001)

A abordagem da prática de enfermagem implica ter em conta a história da profissão, a história pessoal de quem cuida, o seu grau de envolvimento na profissão e a sua formação, bem como a evolução da sua conceção dos cuidados e da saúde (Honoré, 2002). Concordámos que a práticas dos cuidados de enfermagem é influenciada pelas teorias e modelos de enfermagem adotadas pelo enfermeiro, já que estas influenciam os seus conceitos de pessoa, saúde, doença e enfermagem, delineando a forma como olha e interpreta as necessidades da pessoa.

3.1 - MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

Pensamos que cada enfermeiro, na sua prática de cuidados, adota modelos teóricos que guiam a sua atividade diária, no sentido em que, ao nível da formação, incorpora conceitos e pressupostos que influenciam o seu olhar acerca da enfermagem, dos cuidados, da pessoa, da saúde e do ambiente.

Após análise e reflexão acerca da nossa prática de cuidados, considerámos que o nosso olhar se direciona e corrobora com os conceitos e pressupostos descritos no Modelo de Sistemas de Betty Neuman. Neste modelo, o cliente, que pode ser a pessoa, família, grupo, comunidade ou agrupamento, é considerado um sistema aberto, no qual existe um padrão organizacional dinâmico com ciclos repetidos de entrada, processo, saída e retroalimentação (George, 2000). Aqui se sintetiza o conhecimento de diversas disciplinas, englobando as crenças filosóficas e conhecimento em enfermagem clínica, especialmente em ESM. Betty Neuman, na elaboração do seu Modelos de Sistemas, baseou-se na Teoria Geral dos Sistemas e fez refletir a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos (Freese, 2004).

De acordo com a Teoria Geral dos Sistemas de Ludwing von Bertalanffy, um sistema consiste num conjunto de partes integrantes em interação, funcionando como um todo, podendo ser aberto (troca matéria, energia e informação com outros sistemas) ou fechado (não entra em interação com o ambiente) (Moore, 1998). Todos os sistemas abertos são sistemas vivos e “todos os sistemas vivos possuem um ambiente interno (meio interno), que se distingue do ambiente externo (meio externo) que o rodeia. Este ambiente interno é criado por fronteiras que separam os sistemas vivos do seu ambiente externo.” (Moore, 1998, p. 309).

Betty Neuman considera a saúde como um contínuo dinâmico entre bem-estar e mal-estar, em diferentes graus e em determinada altura, sendo que o bem-estar se caracteriza pela satisfação das necessidades do sistema total (variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento), surgindo a doença aquando da não satisfação dessas necessidades, com conseqüente desarmonia entre as partes do sistema. (Freese, 2004)

O sistema do cliente é visto como uma estrutura nuclear protegida por linhas de resistência. O estado de saúde é visto como a linha de defesa normal protegida pela linha flexível de defesa. (George, 2000)

Quadro 1 - Principais conceitos do Modelo de Sistemas de Betty Neuman

Principais Conceitos	Definições
Abordagem da Totalidade da Pessoa	Abordagem dinâmica e aberta do cuidar, permitindo a compreensão do cliente (pessoa, família, grupo, comunidade ou assunto) em interação com o ambiente. <i>Totalidade</i> : cliente visto como um todo, cujas partes estão em interação dinâmica, coexistindo com variáveis (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento) suscetíveis de afetar o seu sistema.
Sistema Aberto	Os seus elementos trocam energia de informação dentro da sua organização. Tem como componentes básicos o stresse e a reação ao stresse.
Estrutura Básica	Estrutura nuclear composta pelos fatores básicos de sobrevivência comuns ou recursos de energia (características inatas ou genéticas).
Ambiente	Forças internas ou externas que afetam ou são afetadas pelo cliente, a qualquer altura.
Ambiente Criado	Mobilização inconsciente, por parte do cliente, das variáveis do sistema no sentido da integração, integridade e estabilidade do sistema.
Conteúdo	Variáveis fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual do Homem em interação com o ambiente, envolvem o sistema.
Processo ou Função	Cliente como sistema capaz de <i>input</i> e <i>output</i> , que se adapta às influências ambientais ou adapta o ambiente a si, através das trocas de matéria, energia e informação entre o sistema.
Feedback	O <i>output</i> sob a forma de matéria, energia e informação funciona como feedback para o <i>input</i> futuro, em que a ação corretiva altera, melhora ou estabiliza o sistema.
Negentropia	Processo de utilização de energia usado na progressão do sistema para o bem-estar e estabilidade.
Entropia	Processo de esgotamento de energia que desloca o sistema para a doença ou morte.
Estabilidade	Colaboração entre o sistema e os <i>stressores</i> preservando um nível de saúde adequado através da harmonia e equilíbrio funcional.
Stressores	Estímulos produtores de tensão, que ocorrem dentro das barreiras do sistema do cliente: forças intrapessoais (na pessoa), forças interpessoais (entre uma ou mais pessoas), forças extrapessoais (fora da pessoa)
Bem-Estar	Quando as necessidades do sistema estão satisfeitas pela interação harmoniosa das partes
Doença	Desarmonia entre as partes do sistema.
Linhas de Defesa Normal, Flexível e de Resistência	<i>Linha de Defesa Normal</i> : estado de estabilidade para a pessoa ou sistema. Preservado no tempo e funciona como padrão para avaliar os desvios do habitual Bem-Estar da pessoa (inclui padrões de <i>coping</i> , estilo de vida e estágio de desenvolvimento). <i>Linha de Defesa Flexível</i> : Entendida como amortecedor, “para-choques” protetor para impedir que os <i>stressores</i> interfiram no estado de Bem-Estar normal. <i>Linha de Resistência</i> : Fatores de recurso para ajudar a pessoa a lutar contra o <i>stressor</i> .
Grau de Reação	Energia necessária para a pessoa se ajustar ao <i>stressor</i> .
Prevenção enquanto Intervenção	<i>Intervenções</i> : ações intencionais que visam ajudar a pessoa a reter, atingir e/ou manter a estabilidade do sistema. Prevenção Primária (quando se suspeita ou identifica um <i>stressor</i> , sem ainda ter ocorrido reação), Prevenção Secundária (intervenções iniciadas após ocorrência de sintomas de <i>stress</i>) e Prevenção Terciária (centra-se no reajustamento com vista à estabilidade do sistema)
Reconstituição	Estado de adaptação aos <i>stressores</i> no ambiente interno e externo

Adaptado de Freese (2004) Betty Neuman: Modelo de Sistemas in Tomey & Alligood (2004) Teóricas de Enfermagem e Sua Obra.

Quando os *stressores* (intra, inter e extrapessoais) que surgem do ambiente interno, externo e criado atravessam a linha flexível de defesa e invadem o sistema, as linhas de defesa são ativadas e o sistema move-se para a doença. Na presença de energia suficiente, o sistema sofre reconstituição com retorno da linha de defesa ao normal, acima ou abaixo do seu nível prévio, dependendo da reconstituição. (George, 2000)

Principais **Pressupostos do Modelo de Sistemas de Betty Neuman** segundo Freese (2004):

- **Enfermagem:** Profissão que se relaciona com todas as variáveis que afetam a pessoa e diz respeito à totalidade. A percepção do enfermeiro acerca dessas variáveis influencia os cuidados prestados pelo que o campo perceptivo do enfermeiro deve ser avaliado.
- **Pessoa:** Enquanto cliente/sistema (pessoa, família, grupo, comunidade ou questão social). O sistema do cliente é visto como um composto dinâmico de inter-relações entre os fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento, em constante mudança ou deslocação, aberto e em interação recíproca com o ambiente.
- **Saúde:** Contínuo de Bem-Estar ao Mal-Estar, dinâmico e sujeito a mudança. O bem-estar ou estabilidade tem lugar quando as necessidades do sistema total estão satisfeitas.
- **Ambiente:** Fatores internos e externos que rodeiam e interagem com a pessoa ou o cliente. Os *stressores* (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) foram descritos como forças ambientais que interagem, podem alterar a estabilidade do sistema e fazem parte do ambiente. Identificaram-se três ambientes relevantes: interno (intrapessoal, interação contida no cliente), externo (interpessoal, todas as interações externas ao cliente) e criado (desenvolvido e utilizado inconscientemente pelo cliente para sustentar *coping* protetor. Tem efeito isolador, ajudando a lidar com a ameaça dos stressores).

Considerámos que este modelo se adaptava, particularmente, às situações em que a pessoa se encontra sujeito a *stressores* de diferentes ordens. Olhando para a pessoa como um todo, na sua totalidade e como um ser holístico, não pudemos deixar de enquadrar o ambiente como parte integrante do sistema da pessoa, com consequentes trocas e necessidades de

adaptação e ajustamento. Corroborámos a ideia da necessidade de uso de energia para manter o sistema em estabilidade e harmonia, direcionando-se para o bem-estar.

3.2 - SUICÍDIO

O suicídio pode ser definido como “todo o caso de morte que resulta directa ou indirectamente de um acto positivo ou negativo praticado pela própria vítima, acto que a vítima sabia dever produzir este resultado” (Durkheim, 2011, p. 23). Considera-se o suicídio como um fenómeno social em geral, dependente das causas “suicidogéneas” externas que agem sobre a pessoa. Cada sociedade tem uma tendência para o suicídio que lhe é específica e dependente das consequências ou das vantagens que poderão advir da morte voluntária. (Durkheim, 2011)

De acordo com o estudo sociológico de Durkheim, o suicídio pode ser entendido sob três pontos de vista sociais:

- *Suicídio Egoísta*: a pessoa não se sente parte integrante de nenhum grupo e nem parte integrante da sociedade, recorrendo ao suicídio como forma de responder a este distanciamento dos grupos;
- *Suicídio Altruísta*: extremo oposto do suicídio egoísta, no qual a pessoa está integrada em demasia no grupo. Esta integração é de tal ordem que o suicídio ocorre como se tratando de um sacrifício pelo grupo;
- *Suicídio por Anomia*: Em consequência das constantes modificações do mundo, as pessoas acabam por passar, em dado momento, por algum tipo de mudança. O suicídio ocorre na sequência da não-aceitação das mudanças (divórcio ou perda de emprego) que desorganizam os seus sentimentos relativamente ao grupo. (Durkheim, 2011)

Shneidman considerava o suicídio como o resultado da confluência de três fatores: *máximo de dor* (dor psicológica e frustração pela ausência das necessidades básicas psicológicas), *máximo de perturbação* (um qualquer distúrbio de que são exemplo as distorções cognitivas ou automutilação) e *máximo de pressão* (relaciona-se com tudo o que está “fora e dentro” da pessoa, como os acontecimentos de vida e vivências). A intencionalidade suicida poderia ser valorizada de acordo com três aspetos: *morte intencional* (protagonismo consciente da pessoa), *morte não intencional* (sem protagonismo da pessoa) e *morte subintencional* (protagonismo indireto e inconsciente). (Saraiva, 2010)

Entendemos o suicídio com um “comportamento autodestrutivo: execução de actividades suicidas que levam à própria morte.” (Conselho Internacional de Enfermeiros; Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 77)

Orden et al. (2010) referem que a forma mais perigosa do desejo de morrer ocorre quando se encontram presentes dois contrutos interpessoais em simultâneo: *frustração do sentimento de pertença e percepção de si mesmo como um “fardo”*. A estes dois fatores associa-se a desesperança. A capacidade para cometer o suicídio pode ser potenciada por repetidas exposições a dor física e experiências indutoras de medo.

O suicídio apareceu-nos como um ato de vontade própria, uma decisão da pessoa sobre o momento de colocar fim à sua própria vida, no seguimento de comportamentos autodestrutivos. Podemos então falar de suicídio como sendo uma rápida e intempestiva interrupção da vida, por decisão voluntária da pessoa de não continuar a viver. (Neeb, 2000) “Este tema, que em tempos as pessoas preferiam ignorar, é agora uma questão de direitos civis. As pessoas reclamam o direito de escolha de pôr fim à sua vida quando a qualidade da mesma é inaceitável.” (Neeb, 2000, p. 297)

Para muitas sociedades e em muitas culturas o suicídio ainda “é visto como um acto vergonhoso, pecaminoso, sinal de fraqueza, de egoísmo ou manipulação” (Kutcher & Chehil, 2007, p. 2). Estas ideias difundidas nas sociedades e nas próprias pessoas reforçam o secretismo e o silêncio, envolvendo a pessoa em crise suicida em sentimentos de isolamento, vergonha, autodepreciação e culpa. (Kutcher & Chehil, 2007)

Lester (2011) referiu que os aspetos culturais relativos ao suicídio deverão ser clarificados através de entrevistas a amostras significativas de pessoas de diferentes culturas a fim de aceder às diferentes atitudes em torno do suicídio.

Sabemos que existem muitos mitos associados ao suicídio e considerámos que a sua dismistificação poderia contribuir para um melhor entendimento da problemática por parte da sociedade e assim contribuir-se para a não desvalorização de ações ou expressões proferidas pela pessoa em crise suicida nos dias ou momentos que antecedem o ato fatal.

Kaplan, Sadock, & Grebb referiram que o suicídio é um ato premeditado que tem por finalidade escapar a um problema ou crise causadora de intenso sofrimento associado a “necessidades frustradas ou não satisfeitas, sentimentos de desesperança e desamparo, conflitos ambivalentes entre a sobrevivência e um estresse insuportável, um estreitamento das opções percebidas e uma necessidade de fuga; a pessoa suicida emite sinais de angústia” (p. 753).

Apresentamos no Quadro 2 os principais mitos especificados na literatura em confrontação com a realidade.

Quadro 2 – Mitos comuns ligados ao Suicídio/Realidade

Mito	Realidade
<i>Se alguém fala acerca de suicídio é pouco provável que o faça</i>	Muitas pessoas que morrem por suicídio comunicaram os seus sentimentos, pensamentos ou planos antes da sua morte
<i>O suicídio é sempre um ato impulsivo</i>	Muitas das pessoas que fizeram uma TS tiveram pensamentos suicídios e contemplaram essa ideia antes de cometerem o ato de suicídio
<i>O suicídio é uma resposta ao stressse esperável ou natural</i>	O suicídio é uma consequência patológica do stressse. Toda a gente experimenta stressse... mas nem todos fazem uma TS.
<i>O suicido é causado pelo stressse</i>	As tentativas de suicídio ou atos de autoagressão podem ocorrer após um fator de stressse agudo. O stressor é um precipitante comportamental e não uma causa de suicídio
<i>As pessoas que realmente correm perigo de suicídio não são ambivalentes em relação à consumação do ato</i>	A intensidade do desejo de morrer varia ao longo do tempo, com avanços e recuos. Muitas das pessoas que fazem tentativas ou que morrem por suicídio lutam contra desejos de morte
<i>As pessoas que se suicidam são egoístas e fracas</i>	Muitas das pessoas que cometem suicídio sofrem de doenças mentais que poderão ter sido ou não diagnosticadas
<i>Uma pessoa inteligente e bem-sucedida nunca se suicidaria</i>	O suicídio é geralmente mantido em segredo. O suicídio não tem limites culturais, étnicos, raciais ou socioeconómicos
<i>É provável que falar sobre suicídio com uma pessoa deprimida faça com que ela se suicide</i>	Muitas das pessoas deprimidas que têm ideias ou planos suicidas ficam aliviadas quando alguém delas toma conhecimento e tem capacidades para as ajudar. Falar sobre ideias de suicídio com uma pessoa deprimida não o levará a cometer o ato.
<i>Não há nada que se possa fazer por uma pessoa que deseja suicidar-se</i>	Muitos indivíduos que tentam suicidar-se, poderão sofrer de doenças mentais que responderão ao tratamento apropriado e eficaz. O tratamento apropriado de uma doença mental reduz significativamente o risco de suicídio.
<i>As pessoas que fazem tentativas de suicídio querem apenas obter atenção dos outros</i>	Em algumas pessoas, a TS é o comportamento que leva ao primeiro contacto com um profissional de saúde. Um pedido desesperado de ajuda não é equivalente a querer obter a adequada atenção de terceiros

Adaptado de Kutcher & Chehil, (2007). Gestão de Risco de Suicídio. Um Manual para Profissionais de Saúde

Segundo a Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2009) existem fatores de ordem psicopatológica, pessoal, psicológica e social que se impõem como fatores de risco ou facilitadores do Suicídio, que apresentamos no Quadro 3.

Quadro 3 – Fatores de Risco ou Facilitadores do Suicídio

Fatores Psicopatológicos	
– Depressão, esquizofrenia, alcoolismo, toxicodependência e perturbações da personalidade	– Comportamentos suicidários prévios
– Modelos suicidários: familiares, pares sociais, histórias de ficção e/ou situações noticiadas pelos média	– Ameaça ou ideação suicida com plano elaborado
Fatores Pessoais	
– Idade entre 15-24 anos ou mais de 45	– Presença de doenças terminais (exemplo: HIV, cancro)
– Sexo masculino, Leucodérmico	– Hospitalizações frequentes, psiquiátricas ou não
– Morte do cônjuge ou de amigos íntimos	
– Escolaridade elevada	
Fatores Psicológicos	
– Ausência de projetos de vida	– Ausência de crenças religiosas
– Desesperança contínua e acentuada	– Família atual desagregada: por separação, divórcio ou viuvez
– Culpabilidade elevada por atos praticados ou experiências passadas	
– Perdas precoces de figuras significativas (pais, irmãos, cônjuge, filhos)	
Fatores Sociais	
– Habitar em meio urbano	– Falta de apoio familiar e/ou social
– Desemprego	– Reforma
– Mudança de residência	– Acesso fácil a agentes letais, tais como armas de fogo ou pesticidas
– Emigração	

Maine Suicide Prevention Program (s.d.) salientou fatores protetores para o suicídio que apresentamos no Quadro 4.

Foram enunciados alguns fatores de risco como sendo tratáveis ou modificáveis e que carecem de uma atenção especial, tendo em conta que serão aqueles nos quais se poderá debruçar a intervenção. Salienta-se: depressão, ansiedade, ataques de pânico, psicoses, distúrbios do sono, abuso de substâncias, impulsividade, agitação, doença física e acesso a

meios letais (Simon, 2006). Acrescenta-se ainda o desemprego, as perturbações afetivas e as perturbações da personalidade como fatores de risco onde é possível intervenção prática. (Carter, Page, Clover, & Taylor, 2007)

Quadro 4 – Fatores Protetores

Fatores Protetores	
– Valores pessoais, normas proibitivas de suicídio e crenças fortes sobre o valor da vida	– Bom controlo de impulsos
– Estilos de Vida (tomada de decisões, resolução de problemas, gestão da raiva, gestão de conflitos e habilidades sociais)	– Auto-estima elevada
– Acesso a cuidados de saúde e ausência de doença	– Senso de controle pessoal
– Rede de amigos e suporte social significativo	– Laços interpessoais fortes, particularmente com familiares e outros adultos que se preocupem
– Crenças religiosas e espiritualidade	– Oportunidade de participar e contribuir em projetos e atividade da escola ou comunidade
– Medo saudável de comportamentos de risco, da dor	– Ambiente seguro e estável
– Esperança	– Diminuído acesso a meios letais
– Adesão aos tratamentos médicos	– Responsabilidades/deveres para com outros
	– Animais de estimação

Segundo a Sociedade Portuguesa de Suicidologia existem alguns sinais de alarme que devem ser tidos em conta, tais como o afastamento dos amigos e da família, a depressão expressa por sinais de dor psicológica intolerável, a perda de autoestima, a constrição da mente, o isolamento, a desesperança e a egressão. Algumas pessoas poderão não mostrar estes sinais ou até mesmo mostrarem capacidade para enfrentar as situações e mesmo assim estarem perante uma crise suicida, pelo que a única forma de se averiguar se a pessoa tem ou não ideias de suicídio é perguntando. (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2009)

Infelizmente não nos é possível prever quem irá ou não cometer suicídio sendo-nos apenas permitido avaliar o “risco de suicídio” através da identificação dos fatores de risco e de proteção da pessoa, possibilitando a sinalização das pessoas para as quais a probabilidade de vir a cometer suicídio é maior. Salienta-se que não é um único fator de risco ou protetor que determina ou evita o suicídio (Kutcher & Chehil, 2007). “Ao pensar em factores de risco e protectores para o suicídio, é importante pensar nestes factores agregados e encará-los no contexto da experiência do doente.” (Kutcher & Chehil, 2007, p. 5)

A maioria das pessoas com ideação suicida ou que assumem comportamentos da esfera suicidária não morrerão por suicídio. A grande maioria escolherá viver a morrer (Kutcher & Chehil, 2007).

Sampaio (2000, p. 152) referiu que

A auto destruição surge após múltiplas perdas, fragmentos de dias perdidos ao longo dos anos, rupturas, pequenos conflitos que se acumulam hora a hora, a tornar impossível olhar para si próprio. O suicídio é uma estratégia, às vezes uma tática de sobre vivência quando o gesto falha, tudo se modifica em redor após a tentativa. E quando a mão, certa, não se engana no número de comprimidos ou no tiro definitivo, a angústia intolerável cessa naquele momento e, quem sabe, uma paz duradoura preenche quem parte. Ou pelo contrário e talvez mais provável, fica-se na dúvida entre viver ou morrer, a cabeça hesita até ao último momento, quer-se partir e continuar cá, às vezes deseja-se morrer e renascer diferente.

A Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2009) mostrou-nos o perfil do suicida em Portugal. O suicida português é caracterizado como sendo homem, a viver na Grande Lisboa, Alentejo ou Algarve, com mais de 50 anos, desempregado ou reformado, separado ou viúvo, socialmente isolado, sem práticas religiosas, deprimido, por vezes com internamento psiquiátrico anterior, com múltiplos problemas afetivos, económicos ou de saúde física ou mental incluindo alcoolismo e distúrbio da personalidade, com prévia ideação suicida ou mesmo TS acompanhada de avisos subtis ou explícitos, que põe termo à vida por enforcamento, arma de fogo, pesticidas, precipitação, afogamento ou trucidção.

3.3 - TENTATIVA DE SUICÍDIO

Durkheim (2011) definiu a TS como sendo um ato positivo ou negativo praticado pela pessoa, com o conhecimento pela própria de que este pode provocar a sua morte, mas que é interrompido antes que a morte ocorra. Na mesma linha de ideias, a Sociedade Portuguesa de Suicidologia refere que a TS é uma ação levada a cabo por uma pessoa com o objetivo da sua morte mas que, por variadas razões, não é alcançada, podendo-se então encarar como um suicídio frustrado (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2009).

Oliveira, Amâncio, & Sampaio (2001, p. 501) referiram que “a tentativa de suicídio engloba todo o acto ou gesto não fatal de auto-mutilação ou auto-envenenamento – definição que ainda assim é imprecisa pois, a intenção de morrer, subjacente aos actos descritos, é

muito difícil de avaliar e quantificar” e que é impossível ficarmos indiferentes ao facto de alguém, por iniciativa e vontade própria, possuir uma firme vontade de morrer, o que denota por si só um intolerável tormento interior, um profundo desespero e ausência de vislumbamento de objetivos concretizáveis e razões válidas para a vida (Oliveira, Amâncio, & Sampaio, 2001).

Encarámos a TS como “comportamento autodestrutivo: tentar acabar com a própria vida.” (Conselho Internacional de Enfermeiros; Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 78)

A Organização Mundial de Saúde salientou que no ano 2000 aproximadamente 10 a 20 milhões de pessoas terão tentado suicidar-se e estimou-se que os números reais sejam ainda mais elevados (Organização Mundial de Saúde, 2006). Estimou-se que por cada suicídio consumando ocorram 20 comportamentos da esfera suicidária não fatais. (Ordem do Enfermeiros, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (2006) salientou que o risco para a repetição da TS é maior durante o ano que sucede à primeira tentativa. Foram mencionados alguns fatores que incrementam o risco da pessoa engajar em comportamentos suicidas como sendo as histórias de abuso, os problemas familiares, as questões culturais, as dificuldades na relação interpessoal e a exposição a stresse crónico ou extremo. Refere-se ainda a desesperança decorrente de situações de vida difíceis como um fator predisponente.

De salientar que as recidivas ocorrem após três meses da alta, quer as pessoas sejam ou não hospitalizadas após a TS (Berrino, et al., 2011). Os mais fortes preditores para a repetição da TS são a idade, o género e a doença mental. A recidiva aparece fortemente relacionada com o sexo masculino, viver sozinho, baixo nível de educação, internamento em departamento de psiquiatria (antes e depois do período de seguimento) e uso de psicofármacos (antes e depois do período de seguimento) (Christiansen & Jensen, 2007).

No que diz respeito às características das pessoas que intentam contra a própria vida, apareceu-nos na literatura que a TS é mais frequente em mulheres jovens com idade inferior a 25 anos e homens idosos, com maior incidência na problemática afetiva nas mulheres e na problemática socioeconómica nos homens, sendo que nos homens as tentativas de suicídio têm maior intencionalidade (Hesketh & Castro, 1978). Para além disto, encontram-se muitas vezes associadas a perturbações psicológicas ou a marcado isolamento social. (Saraiva, 1999)

No Irão, um estudo realizado entre Março de 2007 e Março de 2008 um total de 1566 tentativas de suicídio estudadas, revelou que as TS são mais frequentes em homens

desempregados, mulheres domésticas e a habitar em meio rural, bem como em estudantes universitários ou com baixos níveis de educação. De acordo com os resultados deste estudo 5% das pessoas que tentaram o suicídio tinham história de TS anterior, 25% sofria de perturbação mental e em 10% foram encontrados distúrbios somáticos. O método mais frequentemente utilizado foi o envenenamento. (Ghaleiha, Afzali, Bazyar, Khorsand, & Torabian, 2012)

Os autores referiram que é impossíssel determinar acuradamente as taxas de tentativas de suicídio, pois a recolha dos dados foi realizada a nível dos hospitais, ficando por apurar as pessoas que apenas recorreram aos cuidados de saúde primários ou que não necessitaram de qualquer assistência médica, estimando-se que aqui se enquadram entre 50-80% das tentativas de suicídio.

Os mecanismos psicológicos que levam à escolha do método para o suicídio são pouco conhecidos mas o método usado pode dar informação relevante acerca da motivação, funções psicológicas, formas de luta e objetivos, revelando informação acerca da personalidade da pessoa em crise suicida. (Tsirigotis, Gruszczynski, & Lewik-Tsirigotis, 2012)

No que diz respeito aos métodos mais comummente utilizados para as TS ressaltou-se que evidenciam diferenças no que diz respeito ao sexo. Dos métodos mais usados pelos homens salientaram-se envenenamento, arma branca, ingestão medicamentosa, salto/pulo e automutilação. No que diz respeito às mulheres, a ingestão medicamentosa e o envenenamento apareceram como os métodos mais frequentes. (Almeida, Guedes, Nogueira, França, & Silva, 2009)

Tsirigotis, Gruszczynski, & Lewik-Tsirigotis (2012) referiram que seleção do método para a TS retrata processos motivacionais, mecanismos “psico(pato)lógicos” e características individuais da personalidade da pessoa. Um estudo realizado pelos autores envolvendo 147 pessoas (114 mulheres e 33 homens) que tentaram suicídio evidenciou correlações significativas entre os principais métodos utilizados para a TS e comportamentos autodestrutivos indiretos. De salientar que após avaliação psiquiátrica e psicológica não foram encontradas perturbações psicóticas ou mentais nas pessoas estudadas.

Os autores destacaram cinco categorias de comportamentos autodestrutivos diretos: transgressão e risco, despreocupação com a saúde, negligência pessoal e social, falta de planos e objetivos de vida e baixa capacidade ou passividade na resolução de problemas. Em paralelo, apareceram-nos os seguintes métodos utilizados para a TS: sobredosagem de

drogas (41,60%), automutilação (25,21%), enforcamento (16,39%), salto (8,82%), asfixia (3,78%), envenenamento (2,10%) e andar no trânsito (2,10%). A percentagem elevada de opção por sobredosagem de drogas pode ser explicada, segundo os autores, pelo facto de a amostra ser maioritariamente feminina.

Destacou-se que a baixa capacidade ou passividade na resolução de problemas se correlacionou com todos os métodos, o que faz dela um forte preditor. O envenenamento correlacionou-se com todos os comportamentos autodestrutivos revelando uma forte intenção de morrer, enquanto a automutilação se correlacionou, além da baixa capacidade ou passividade para a resolução de problemas, apenas com a transgressão e risco, o que levou a supor que esteja ligado mais aos efeitos teatrais como forma de obter ganhos colaterais. (Tsirigotis, Gruszczynski, & Lewik-Tsirigotis, 2012)

Em consonância com estes resultados, um estudo comparativo realizado por Keller & Werlang (2005) com 32 pessoas que tentaram suicídio emparelhadas com 32 pessoas sem história de TS permitiu concluir que os tentadores de suicídio apresentavam menor flexibilidade para a resolução de problemas e maiores níveis de desesperança do que pessoas sem história de TS.

Estas erudições tornaram-se particularmente úteis uma vez que o conhecimento das características psicológicas da pessoa pode servir de linha condutora para a ajuda efetiva e permitir o estabelecimento de medidas e intervenções terapêuticas adaptadas. (Tsirigotis, Gruszczynski, & Lewik-Tsirigotis, 2012)

4 - INTERVENÇÃO COM A PESSOA EM CRISE SUICIDA AOS TRÊS NÍVEIS DE PREVENÇÃO

Após ultrapassadas as fases anteriores de definição da questão de partida e revisão de literatura com recurso aos princípios de revisão sistemática da literatura apresentam-se os resultados encontrados.

A intervenção na crise é uma técnica motivada pela crise situacional que leva a pessoa à procura de ajuda ou à necessidade de intervenção. É direcionada para dar respostas imediatas a uma situação premente, mas é também voltada para a adaptação psicológica que promova a prevenção de problemas futuros. O objetivo da intervenção na crise é promover a resolução da mesma e a diminuição da angústia bem como o restabelecimento do equilíbrio psicológico, tão rapidamente quanto possível. (Kaplan, Sadock, & Greeb, 2006)

A intervenção profissional na crise deve ter em conta:

- Estabelecimento e manutenção de um laço positivo e significativo com a pessoa;
- Recolha de informações, avaliando o funcionamento geral e determinando a prioridade da intervenção;
- Procura de acontecimentos de vida significativos e recentes que possam ter despoletado a crise;
- Ajuda na tomada de consciência do significado atribuído ao acontecimento;
- Promoção da correção das distorções cognitivas atribuídas ao acontecimento e aos seus efeitos na vida da pessoa;
- Possibilidade de expressão das emoções;
- Exploração das capacidades de controlo (autocontrolo) e conhecimento da rede de apoio;
- Apoio intensivo. (Chalifour, 2009)

Concordámos que “com base em algumas observações objetivas, esta experiência terapêutica capacitou os pacientes a atingirem um nível de funcionamento emocional superior ao que tinham antes do início da crise” (Kaplan, Sadock, & Greeb, 2006, p. 782), podendo encarar-se esta intervenção como terapêutica e ao mesmo tempo preventiva.

4.1 - CRISE

Crise foi definida como uma resposta a acontecimentos perigosos e experimentada com sentimentos dolorosos, com tendência para mobilizar reações poderosas no sentido do alívio do desconforto e do retorno ao estado de equilíbrio emocional anterior à crise. (Kaplan, Sadock, & Greeb, 2006)

Olhámos a crise como “*status* comprometido: tensão temporária, com comunicação ineficiente, dificuldade na resolução de problemas e incapacidade em reconhecer ou aceder a recursos.” (Conselho Internacional de Enfermeiros; Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 47)

Simon & Yamamoto (2008) referiu que crise emocional diz respeito a um acontecimento de extrema importância na vida de qualquer pessoa. Quando bem solucionada contribui significativamente para o crescimento e maturidade pessoal. Caso contrário, pode contribuir para o surgimento de distúrbios adaptativos crescentes. Tem lugar “quando um evento de vida perturba o equilíbrio psicológico de um indivíduo ou de um grupo” (Benter, 2001, p. 257).

Define-se a crise familiar como sendo um desequilíbrio da estabilidade mental, social e económica do grupo familiar, causando uma inadaptação e alteração temporária do desempenho normal da família. Dificuldade da família para resolver problemas, para reconhecer situações de mudança, para reconhecer recursos internos, para reconhecer redes externas de apoio, ambiente tenso, comunicação familiar ineficaz. (Conselho Internacional de Enfermeiros; Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 47)

Muitas vezes a situação de doença, nomeadamente de doença mental e seu agravamento, surge em contexto de perda de capacidade da pessoa para lidar com situações que causam stress importante, levando a uma sensação de impotência e incapacidade para lidar com os problemas, incapacitando a pessoa de encontrar alternativas eficazes e mecanismos de *coping* eficazes para lidar com as vivências do dia-a-dia, mais ou menos causadoras de sofrimento (Ministério da Saúde, 2005). “Isto implica que os indivíduos requerem mais apoio, bem como outros recursos, para se tornarem bons decisores nas suas próprias vidas.” (Ministério da Saúde, 2005, p. 11)

Em caso de crise aguda, em consequência do estado de ansiedade e stress em que se encontra, a pessoa tem reduzida a sua capacidade de simbolização, não estando capacitada para verbalizar aquilo que sente ou precisa. (Ribeiro, 1997)

4.2 - PREVENÇÃO PRIMÁRIA

Não sendo uma doença, o suicídio é considerado um trágico final decorrente de etiologias variadas e complexas e com elevado peso no que diz respeito às causas de morte em todo o mundo, o que o torna um grave problema de saúde pública. A sua prevenção deve ser alvo de atenção dos profissionais de saúde mental em contextos clínicos. (Knox, Conwell, & Caine, 2004)

A pessoa em crise suicida, ao mesmo tempo que é muito discreta no que se refere a comunicar as suas intenções suicidas, fala muito sobre a sua dificuldade para continuar a viver e da vontade de pôr fim aos seus dias. Torna-se importante abordar a questão diretamente e demonstrar à pessoa que as intervenções podem ajudar a ultrapassar o momento penoso, potenciando o restabelecimento do equilíbrio (Phaneuf, 2005). “Com a pessoa suicida, a relação ajudante-pessoa ajudada está no centro da intervenção terapêutica. Graças a um diálogo impregnado de calor e compaixão, esta pessoa, sentindo-se reconhecida e escutada, pode procurar alternativas à sua vontade de acabar.” (Phaneuf, 2005, p. 415)

A falta de apoio familiar e/ou social é conhecido como um dos fatores de risco para o suicídio. Neste contexto, surge-nos o papel da rede significativa como suporte na ajuda para lidar com a pessoa em crise suicida. Preconiza-se uma intervenção não apenas voltada para o sintoma mas também para o cuidado à pessoa que sofre e aos seus sobreviventes. (Silva & Costa, 2010)

É frequente o contacto com os cuidados de saúde primários no período que antecede o suicídio. Enquanto 3:4 das vítimas de suicídio têm contacto com os cuidados de saúde primários no ano que antecede o suicídio, apenas aproximadamente 1/3 das vítimas têm contacto com os serviços de saúde mental. Cerca de 45% das vítimas de suicídio têm contacto com os cuidados de saúde primários no mês que antecede o ato fatal, o que sugere que intervenções envolvendo profissionais de cuidados de saúde primários têm um efeito significativo na prevenção primária do suicídio. (Luoma, Martin, & Pearson, 2002)

Estes achados tornam-se importantes na medida em que existe o conhecimento de que os profissionais de cuidados de saúde primários ignoram a natureza de problema de saúde pública e do quanto a prevenção primária depende da sua habilidade para modificar comportamentos suicidários nas pessoas em crise suicida. Existe a tendência para não identificar as pessoas que se encontram em crise suicida. (Knox, Conwell, & Caine, 2004)

Os profissionais de saúde desempenham um importante papel na prevenção primária do suicídio. O aumento da disponibilidade dos serviços de saúde, o treino dos profissionais de cuidados de saúde primários para identificação de problemas de saúde mental gerais, o treino na identificação de comportamentos autodestrutivos e ideação suicida em particular, associando-se a redes de referência adequadas com comunicação e encaminhamentos adequados entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde mental diferenciados, demonstram ser preponderantes na prevenção primária do suicídio. (Saini, et al., 2010)

O treino dos profissionais de saúde (Cais, Silveira, Stefanello, & Botega, 2011; Wasserman, et al., 2012) ao nível da gestão da sintomatologia depressiva, das habilidades para avaliação do risco de suicídio, da colheita de informação epidemiológica acerca do comportamento suicida, do conhecimento de estratégias eficazes para a prevenção do suicídio, da habilidade para avaliação da intencionalidade e da letalidade do comportamento suicida, do conhecimento da origem do comportamento suicida e na avaliação do estado mental da pessoa em crise suicida revelou ter relevância significativa e favorável na mudança das atitudes dos profissionais face às pessoas em crise suicida e, consequentemente, na prevenção primária do suicídio (Cais, Silveira, Stefanello, & Botega, 2011). Salienta-se ainda a importância da discussão de questões éticas e legais (Wasserman, et al., 2012) em torno das questões ligadas às pessoas em crise suicida.

Em concordância com o exposto, verificámos que a formação dos profissionais de saúde e a restrição de meios letais são descritos como formas de prevenir o suicídio. Outros métodos, como a formação da população em geral, programas de rastreio e formação dos meios de comunicação social necessitam de mais evidência. (Mann, et al., 2005)

Com o objetivo de manter a pessoa em crise suicida viva, as intervenções devem ser implementadas o mais rapidamente possível. Deve ser providenciada uma equipa multidisciplinar incluindo psiquiatra e outros profissionais como psicólogo, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais no sentido de integrar intervenção farmacológica, psicológica e reabilitação social sobretudo em pessoas em crise suicida recorrente. A pessoa em crise suicida deve ser motivada a envolver a família. Deve ser incrementado tratamento psicossocial e de suporte bem com uma habitação segura e ambiente hospitalar e público restrito de acesso a meios letais. (Wasserman, et al., 2012)

O isolamento social e a não participação em atividades da comunidade é descrita como um fator preditor para o surgimento da ideação suicida na pessoa em crise. Como tal,

estratégias para combater o isolamento social e promover a participação da pessoa na comunidade devem ser consideradas aquando da prevenção primária do suicídio. (Saías, Beck, Bodard, Guignard, & Roscoat, 2012)

Os resultados apresentados decorrentes da pesquisa realizada indicaram-nos que, apesar de haver o conhecimento de que o suicídio é um grave problema de saúde pública, o seu carácter multifacetado e de causalidade multivariada dificulta a implementação de intervenções específicas no sentido da prevenção. Tornou-se evidente a necessidade de produzir evidência científica na área, com implementação de programas ao nível dos cuidados de saúde primários e verificar a sua efetividade na redução das taxas de suicídio.

4.3 - PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

Considerou-se a crise suicida como um processo complexo requerente de uma abordagem sistémica, entendendo-se como um fenómeno determinado por múltiplos fatores biológicos, sociais, psicológicos, familiares, culturais e religiosos, afetando não apenas a pessoa que sofre mas também todos os que a rodeiam onde se incluem as pessoas mais próximas (Silva & Costa, 2010; Vilas-Boas, 2011). “A intervenção na crise deve ser composta de ações em um momento imediato, portanto, que possa dar contenção aos vários aspectos de auto-extermínio, ou seja, intervenções médicas, psicológicas e sociais.” (Silva & Costa, 2010, p. 23)

Neste sentido, a recolha de informação junto da família ou acompanhantes, agentes da autoridade e equipas de socorro pré-hospitalar revela-se de extrema importância. (Wright & McGlen, 2012)

A rede significativa constitui um fator protetor da saúde mental pelo que urge organizar uma rede de serviços em torno da pessoa em crise suicida, oferecendo escuta diferenciada com valorização da rede e fortalecendo o suporte psiquiátrico. Entende-se por rede significativa todas as pessoas que apresentam vínculos de solidariedade e afetividade e que promovem um tecido social fortalecedor à pessoa em crise. Salienta-se portanto a necessidade de fazer ressaltar os laços sociais onde se incluem os vínculos com a família, amigos, relações de trabalho e estudo, de inserção comunitária e práticas sociais. (Kohlrausch, Lima, Abreu, & Soares, 2008; Silva & Costa, 2010)

Constatou-se que as atitudes dos profissionais de saúde face à pessoa em crise suicida são muitas vezes de desaprovação, o que pode ser um fator dificultador do estabelecimento da ajuda eficiente. (Silva & Costa, 2010)

Os programas de educação para profissionais de saúde aprimora o seu conhecimento, altera atitudes e aumenta a confiança e competência para intervir com a pessoa que tenta suicídio, pelo que se preconiza que os profissionais que trabalham com pessoas em crise suicida se mantenham em formação e em programas de educação. (Silva & Costa, 2010, p. 23)

Profissionais de saúde treinados com competências cognitivas e emocionais, em ligação com especialistas de saúde mental experientes, com suporte de outras disciplinas e protocolos para guiar a prática de cuidados, estão mais aptos para o estabelecimento das intervenções necessárias com a pessoa que tenta suicídio. (Hoifodt, Talseth, & Olstad, 2006; Chan, Chien, & Tso, 2008)

Neste sentido torna-se importante introduzir, no cuidado à pessoa em crise suicida, profissionais especializados na área da saúde mental, o que possibilitará trabalhar os preconceitos e as dificuldades, abrindo perspetivas para um melhor cuidado às pessoas que não vêem sentido na própria vida. (Silva & Boemer, 2004)

É de salientar a importância de aceder acuradamente à sintomatologia apresentada pela pessoa imediatamente antes ou concomitantemente à TS como chave basilar no estabelecimento do melhor tratamento e estratégias de intervenção, bem como no acionar de serviços comunitários. Ao mesmo tempo, permitirá a implementação de programas de intervenção nas pessoas que forem hospitalizadas. (Petri, Tondo, Sisti, Rocchi, & Girolamo, 2010)

O acesso aos fatores de risco e proteção, dados epidemiológicos, caracterização do ato, aspetos psicodinâmicos, antecedentes pessoais e familiares, modelos de identificação, dados de saúde física e da rede social de apoio devem fazer parte da abordagem inicial da pessoa que tenta suicídio (Bertole, Mello-Santos, & Botega, 2010). A avaliação do risco impõe-se com fator importante na manipulação da crise suicida, pelo que o clínico deve realizar uma avaliação ampla dos vários indicadores. (Vilas-Boas, 2011)

Para que o acesso aos fatores de risco seja possível é necessário que os profissionais de saúde utilizem técnicas relacionais e estratégias de acolhimento e vínculo, ao mesmo tempo que devem ser capazes de desenvolver ações de saúde mental a implementar nas comunidades. (Abreu, Lima, Kohlrausch, & Soares, 2012)

Aquando da abordagem terapêutica do jovem em crise suicidária, devem ser tidos em conta diferentes aspetos tais como a avaliação do comportamento suicidário, a avaliação da intencionalidade suicida, da letalidade do ato, da motivação, do risco de recorrência ou suicídio consumado bem como acurada realização de exame de estado mental com avaliação psicopatológica subjacente. (Pereira, 2011)

Apesar de não existirem estudos que demonstrem a efetividade do estabelecimento do contrato de segurança com o jovem em crise suicida, este continua a ser um instrumento importante no estabelecimento do contrato terapêutico, no estabelecimento de estratégias alternativas aquando de crises futuras, no entendimento da ambivalência quanto ao desejo de viver ou morrer e ao mesmo tempo, da necessidade de hospitalização aquando da recusa em estabelecer o contrato. (Pereira, 2011)

Um estudo piloto, exploratório, realizado com adolescentes, demonstrou que intervenções realizadas durante a estadia no SU com o adolescente e família demonstram ser efetivas. Neste estudo, a amostra de adolescentes e famílias (após acurada avaliação psiquiátrica e social), foram submetidos a intervenções psicoeducativas com diferentes temáticas relativas ao suicídio e, posteriormente, a intervenções como relaxamento, terapia de resolução de problemas e terapia cognitiva. (Wharff, Ginnis, & Ross, 2012)

Foram realizados telefonemas de seguimento após um dia, uma semana, duas semanas, um mês e três meses. Durante este período nenhum dos adolescentes da amostra reportou incidente de nova TS. Os autores do estudo concluem que estas intervenções demonstram efetividade na abolição da disrupção familiar, académica e atividades sociais, ao mesmo tempo que são menos intrusivas e menos dispendiosas que a hospitalização. (Wharff, Ginnis, & Ross, 2012)

O envolvimento da família revelou-se assim uma intervenção de valor acrescentado aquando da crise suicidária em jovens. (Pereira, 2011)

Dedié (2012) ofereceu-nos um modelo psicodinâmico para intervir na crise, com a pessoa após TS. Este modelo consiste em formar aliança terapêutica com a pessoa, aceder aos aspetos da personalidade, clarificar do foco entre o terapeuta e a pessoa, promover a esperança e aceder ao grau de suporte familiar e do meio social envolvente da pessoa que tenta suicídio.

Os autores consideraram que aceder a conflitos conscientes e inconscientes é o primeiro passo na intervenção com as pessoas em crise suicida (Dedié, Djurdjevic, & Golubovic, 2010; Dedié, 2012). O terapeuta prestará ajuda no sentido de aliviar o sofrimento

e integrar os sentimentos dolorosos, potenciando as capacidades de adaptação à situação, a integração de novos mecanismos de *coping* e o regresso ao nível normal de funcionamento mental. (Dedié, 2012)

O ambiente físico no qual é recebida a pessoa que tenta suicídio deve ser promotor da expressão dos sentimentos (Chan, Chien, & Tso, 2008). Neste sentido, preconiza-se que o espaço físico transmita segurança, silêncio, pouca estimulação, conforto e o menor nível de isolamento possível. Salas isoladas e em áreas separadas transmitem exclusão e as pessoas percebem-nas como punição, aumentando assim a ansiedade e as ideias de isolamento. (Strike, et al., 2008)

Após a análise dos artigos, concluímos que nos foram apresentadas poucas intervenções específicas no que diz respeito à intervenção com a pessoa em crise suicida, nomeadamente aquando da constatação, em contexto de urgência, de passagem ao ato. Esta constatação levou-nos a pensar que, apesar da primeira abordagem à pessoa em crise suicida ser considerada de extrema importância, ainda necessitam de ser realizados estudos que demonstrem evidência de intervenções especializadas ao nível da prevenção secundária.

4.4 - PREVENÇÃO TERCIÁRIA

O conhecimento de que o risco para a repetição das TS é maior durante o ano que sucede à primeira tentativa leva-nos a crer que a prevenção terciária passa por intervenções que se estendem no tempo, não podendo ficar circunscritas às semanas que sucedem a crise suicida.

Berrino, et al. (2011) sugere que a combinação entre os internamentos de curta duração e seguimento posterior em ambulatório podem ser uma alternativa à clássica hospitalização, tendo em conta a avaliação de custo-efetividade.

O não internamento psiquiátrico não foi correlacionado com a repetição da TS, o que levou a deduzir que a redução da hospitalização pode ser compensada com cuidados de saúde mental em geral e complementada com serviços de saúde mental de ambulatório em particular. (Johannessen, Dieserud, Jakhelln, Zahl, & Leo, 2009)

Internamentos de curta duração demonstram ser eficazes na prevenção das recidivas de TS em pessoas com perturbações da personalidade estado-limite. Berrino, et al. (2011) realizaram um estudo em *coortes* que demonstrou não ser necessária a clássica hospitalização de pessoas com perturbação da personalidade estado-limite em crise suicida

quando se implementam medidas de intervenção na crise em um Hospital Geral, no entanto, não podem ser alternativa a tratamentos psiquiátricos estruturados.

Os departamentos de saúde mental que contactam com pessoa em crise suicida devem ter desenvolvidos planos de ação pós-alta, no sentido de propor e prover outras formas de intervenção e tratamento imediatamente após a TS. (Christiansen & Jensen, 2007)

A correlação positiva encontrada entre depressão, baixa consciência da capacidade para resolução de problemas, pobre capacidade para resolução de problemas interpessoais e baixa percepção de autoeficácia com a repetição da TS (Dieserud, Roysamb, Braverman, Dalgard, & Ekeberg, 2003) induz a relevância de encaminhamento para terapia orientada para a resolução de problemas e aumento da autoeficácia como potencialmente útil na prevenção da recaída, desde que aceite pela pessoa e adaptada culturalmente (Cooper, et al., 2006). Concomitantemente deve proceder-se à introdução de terapêutica farmacológica agressiva, no sentido de prevenir a recorrência de sintomatologia depressiva. (Galfalvy, et al., 2006)

Um estudo quasi-experimental de desenvolvimento do programa denominado OPAC (Outreach, Problema solving, Adherence, Continuity) divulgou que as intervenções implementadas revelaram um efeito protetor para a repetição da TS, por um período de 6 meses de seguimento. Este programa consistia em promover rápida resposta de divulgação ativa na rede social significativa, prover terapia orientada para a resolução de problemas e visitas domiciliárias de enfermagem mostrando flexibilidade horária e persistência no contacto com as pessoas. (Hvid, et al., 2011)

O primeiro objetivo do programa foi criar e manter contacto com a pessoa. O primeiro contacto era efetuado ainda no hospital e o seguimento era realizado no pós-alta hospitalar, com contatos pessoais, telefonemas, cartas, mensagens de texto e *e-mails*. Era iniciada e mantida a rede significativa individual ao mesmo tempo que se fomentava a motivação e suporte para a adesão à terapia orientada para a resolução de problemas, mantendo, tanto quanto possível, o mesmo enfermeiro ao longo do programa. Estas intervenções foram efetuados no horário diurno e com exceção do fim-de-semana. (Hvid, et al., 2011)

Salienta-se ainda que abordagens de acompanhamento intensivo e personalizado de seguimento com recurso à visitação domiciliária demonstraram ser eficazes. (Daigle, Pouliot, Chagnon, Greenfield, & Mishara, 2011)

A Terapia Cognitivo-Comportamental revelou ter resultados significativos na prevenção da recaída em pessoas em crise suicida com diagnóstico prévio de perturbação da personalidade estado limite, mas em estudos com pessoas em crise suicida com outros diagnósticos, a implementação desta tipologia de terapia não revelou resultados significativos. (Daigle, Pouliot, Chagnon, Greenfield, & Mishara, 2011)

Pessoas que tentam suicídio encontram-se em alto risco de repetição da TS e de morte prematura, ao mesmo tempo que verificámos que o facto de viver só no momento da tentativa é também um forte preditor para a repetição, sugerindo-se que as pessoas que vivem sós necessitam de uma maior suporte social após uma TS. Ao mesmo tempo, e tendo em conta que a doença mental nos apareceu como um forte preditor para a repetição da TS, as pessoas que tentam suicídio devem ser referenciadas para avaliação por psiquiatra. A pessoa deve ser encorajada a incluir pessoas significativas no tratamento após a TS. (Christiansen & Jensen, 2007)

No sentido de obter um máximo efeito na prevenção da repetição da TS é importante a combinação de diferentes abordagens, nomeadamente, farmacológica, psicoterapêutica e de seguimento posterior. (Daigle, Pouliot, Chagnon, Greenfield, & Mishara, 2011)

Assumimos que a intervenção terciária e consequente reabilitação psicossocial da pessoa em crise suicida assume um carácter inespecífico, não linear, dependente das características únicas e variadas da pessoa em crise bem como das múltiplas causas e múltiplos fatores que levaram a pessoa a engajar no comportamento suicida. A abordagem psicossocial deve ser encarada no sentido de dar resposta às necessidades da pessoa, promovendo tanto quanto possível o seu bem-estar inserida na família, nos grupos, na comunidade e na sociedade.

5 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E DEONTOLÓGICAS

Ao longo da caminhada pela elaboração e concretização do nosso projeto surgiu-nos uma questão inquietante: *Que legitimidade temos nós para tentar impedir o suicídio de uma pessoa que, deliberadamente e em consciência, decide por termo à própria vida?*

Esta questão ganhou força na medida em que nos apareceu na literatura a definição do suicídio como sendo um ato de vontade própria, muitas vezes premeditado. No entanto, essa designação começou a perder relevância quando constatámos que nada nos levava a crer que mudando as condições de vida da pessoa em crise suicida e implementando intervenções no sentido do alívio do sofrimento e angústia atrozes manifestados, a pessoa não redescobrisse a vontade de viver e delineasse novos projetos de vida, extinguindo a sua vontade de autoextermínio.

Estas constatações permitiram-nos não afirmar, mas indagar que impera *Não a vontade de morrer mas Sim a vontade de viver de outra forma.*

Baseados nestas ideias, mergulhámos na consulta das premissas éticas e deontológicas que fundamentaram o nosso agir com a pessoa em crise suicida e sobre as quais nos debruçámos em reflexão constante.

Quando um enfermeiro decide e age, o seu procedimento reflete a intersecção entre a esfera profissional singular (dos saberes, capacidades e competências científicas, técnicas e humanas) e a esfera da vida de Outro, sendo que o próprio cuidado que presta, na sua dimensão temporal, acontece num hoje, assumindo-se como concordante com o melhor *estado de arte*. (Nunes L. , 2011, p. 24)

Anunciado no CDE, Art.78.º, temos que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” definindo-se como “valores universais a observar na relação profissional” a igualdade, a liberdade responsável com a capacidade de escolha tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade e a competência e o aperfeiçoamento profissional. (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 72)

Como “princípios orientadores da atividade dos enfermeiros”, descrevem-se “a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade” que decorre do mandato social que assumimos enquanto enfermeiros, “o respeito pelos direitos humanos na relação

com os clientes” assumindo que todas as pessoas são clientes independentemente de serem ou não utlizadoras dos serviços de saúde e “a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais.” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 72)

Foram estes os princípios gerais que tivemos em conta aquando da intervenção com a pessoa em crise suicida.

A Lei Fundamental da Constituição da República Portuguesa, Lei Constitucional nº1/2005 de 12 de Agosto, é clara quando diz no Art. 64.º que “todos têm o direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”, efetivando-se

pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável. (Assembleia da República, 2005)

A Lei de Bases da Saúde, Lei nº47/90 de 24 de Agosto, Base I, reforçou-nos esta premissa fundamental, podendo ler-se que “a proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei.” (Assembleia da República, 1990)

O enfermeiro, no exercício das suas funções e com respeito pelo direito da pessoa à vida, e de acordo com o Art. 82.º do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), assume o dever de “atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias.” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 74)

Assume-se, na Base XIV da Lei de Bases da Saúde, que as pessoas têm o direito de “decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhe é proposta, salvo disposição especial da lei.” (Assembleia da República, 1990)

Na Lei de Saúde Mental, Lei nº36/98 de 24 de Julho, Artigo 5.º, enuncia-se que o utente dos serviços de saúde mental tem o direito de “ser informado, por forma adequada, dos seus direitos, bem como do plano terapêutico proposto e seus efeitos previsíveis”, “receber tratamento e proteção, no respeito pela sua individualidade e dignidade” e “decidir receber ou recusar intervenções diagnósticas e terapêuticas propostas, salvo quando for caso de internamento compulsivo ou em situações de urgência em que a não intervenção criaria riscos comprovados para o próprio ou para terceiros.” (Assembleia da República, 1998)

Arrogámos aquando da intervenção com a pessoa em crise suicida que a dignidade da pessoa humana é questão fulcral dos direitos humanos fundamentais, ancorando a autonomia, honrando as escolhas livres e esclarecidas e respeitando as diferenças de opinião e convicções. A dignidade humana existe por si só, sendo impossível de conferir, permitindo-nos apenas fazer o seu reconhecimento. (Nunes L. , 2011)

Contudo, não podemos deixar de constatar que a pessoa em crise suicida incorre em riscos comprovados para si na ausência de intervenção. A nossa intervenção foi baseada no Artigo 2.º da Lei da Saúde Mental, onde se pode ler que

a proteção da saúde mental efetiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social em que vive. (Assembleia da República, 1998)

Quando iniciámos a profissão, assumimos cuidar daqueles que nos forem confiados através do pacto social. Responsabilizámo-nos em agir de determinado modo, com a defesa da liberdade e da dignidade humana.

O agir eticamente incitou-nos a repensar as nossas ações e tratando-se de um agir profissional, passou a ser-nos exigida “a abertura dialógica ao outro, mesmo que tal acabe por suscitar, em cada um de nós, uma inquietação constante no que se refere à análise de Si.” (Nunes L. , 2011, p. 107)

Neste sentido, advogámos na intervenção com a pessoa em crise suicida o dever de nos abstermos “de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impôr os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida” tal como se reitera no Art.81.º do CDE (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 74), ao mesmo tempo que tivémos sempre em atenção o Art. 82.º que nos diz que o enfermeiro assume o dever de “recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano e degradante.” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 74).

Empregámos esforços na desmistificação dos mitos relacionados com suicídio no sentido da destigmatização e prevenção de comportamentos de censura em contexto profissional, para com a pessoa em crise suicida, tendo em conta que, e de acordo com a Base XVI da Lei de Bases da Saúde, “a formação e aperfeiçoamento profissional, incluindo a formação permanente, do pessoal de saúde constituem um objetivo fundamental a prosseguir” e não esquecendo a “(...) a preocupação da melhor utilização dos recursos disponíveis e, em todos os casos, orientar-se no sentido de incutir nos profissionais o respeito

pela vida e pelos direitos das pessoas e dos doentes como o primeiro dever que lhes cumpre observar.” (Assembleia da República, 1990)

Emerge nesta reflexão a humanização dos cuidados, como sendo tornar mais humanas todas as ações e os atos profissionais que ligam as pessoas e que nos ligaram à pessoa em crise suicida. No CDE, Art. 89.º pudemos ler que “o enfermeiro sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” e “contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa”. (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 78)

Neste sentido, e dando resposta ao respeito pelo direito à autodeterminação, Art. 84.º do CDE, assumimos com a pessoa em crise suicida o dever de “informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 76), ao mesmo tempo que assumimos o dever de, de acordo com o Art. 82.º do referido código, “participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida.” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 74)

Respeitando a obrigação de “guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 76), tal como descrito no Art. 85.º do CDE, e considerando confidencial todas as informações acerca da pessoa em crise suicida, partilhámos “a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e da família, assim como os seus direitos” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 76), empregando estratégias e reunindo condições para dar resposta às necessidades identificadas da pessoa.

Em concordância com estas premissas verificámos a Base XIII da Lei de Bases da Saúde, onde se pôde ler que “deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carecidas e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes.” (Assembleia da República, 1990)

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos pelos cidadão.” (Ministério da Saúde, 1996)

Nas constatações apresentadas encontrámos a resposta para a nossa inquietação inicial, que se prendia com a necessidade de preservar o direito da pessoa em crise suicida à sua liberdade de escolha entre *viver e morrer* e encontrámos fundamento ético, deontológico e legal para com ela desenvolver as nossas intervenções, sem prejuízo dos seus direitos fundamentais enquanto cidadão.

PARTE II – PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA

1 - PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA

O PAC impôs-se como uma ferramenta de apoio à sistematização das atividades a desenvolver ao longo dos estágios com vista à aquisição das competências específicas do EEESM e no sentido da prestação de cuidados de qualidade.

Uma prestação de cuidados com qualidade será fruto, sobretudo e por um lado, do desejo do prestador de cuidados reforçar, potenciar, dar criatividade aos recursos e aptidões pessoais, e, por outro lado, da procura da satisfação pelos resultados obtidos, ou pelo menos, pela sinceridade e pertinência das intenções que impulsionaram a acção desenvolvida. **Desejo, recursos, aptidões e satisfação constituem, pois, as palavras-chave para dar vida à qualidade enquanto valor a prosseguir em cada caso.** (Hesbeen, 2001, p. 153)

A Ordem dos Enfermeiros preconiza acesso equitativo de todos os cidadãos a “cuidados de enfermagem especializados em saúde mental, numa perspectiva de promoção da saúde mental, prevenção da doença mental, tratamento e recuperação, que respeite os princípios de proximidade, capacitação, participação e direitos humanos, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011b, p. 3)

De acordo com o Regulamento nº129/2011, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, os avanços no conhecimento requerem que o EEESM “incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projectos que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, p. 8670).

O perfil de competências específicas do EEESM integra, além do perfil de competências comuns de enfermeiro especialista, “o conjunto de competências clínicas especializadas que visa promover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, p. 8670).

A elaboração do PAC pressupôs a esquematização do processo de aprendizagem, no sentido de sistematizar estratégias e delinear atividades a serem desenvolvidas no sentido

da aquisição de conhecimentos técnico-científicos, relacionais e comunicacionais, baseados em evidência científica, com vista à melhoria da prática dos cuidados de enfermagem ao nível especializado, bem como à melhoria dos cuidados de saúde em geral prestados à pessoa, família e comunidade.

Quadro 5 – Projeto de Aprendizagem Clínica

Competência	Unidade de Competência	Estágios		
		Estágio I	Estágio II	Estágio III
F1 - Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional	F1.1 - Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas	X	X	X
F2 - Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental	F2.1. Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente F2.2. Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família. F2.3. Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos		X	X
F3 - Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto	F3.1. Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade. F3.2. Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental. F3.3. Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade. F3.4. Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados F3.5 - Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.	X	X	X
F4 - Presta cuidados do âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde	F4.1. Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental. F4.2. Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação. F4.3. Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.	X	X	X

2 - ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

Tal como referido anteriormente, quando iniciámos a profissão comprometemo-nos cuidar daqueles que nos forem confiados através do pacto social, responsabilizando-nos em agir de determinado modo, em prol da defesa da liberdade e da dignidade humana. Concordámos que se pode estabelecer como eventual imperativo ético para o enfermeiro: *“Age sempre de tal maneira que a tua ação de cuidado, inspirada pelo compromisso profissional, reconheça o Outro como pessoa e se ancore na atestação da competência.”* (Nunes L. , 2011, p. 58).

Perspetivando adquirir as competências de EEESM foram tidas em conta as competências, as unidades de competências e os critérios de avaliação.

Competência F1 - *Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.*

Unidade de Competência F1.1 - *Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.*

O caminho percorrido para aquisição da competência foi no sentido do estabelecimento da ajuda e relação terapêutica efetivas, tentando colmatar as questões que poderiam colocar entraves ao desenvolvimento das mesmas.

Tendo em vista o aprimoramento das competências pessoais, comunicacionais, relacionais, sociais bem como técnico-científicas, foram realizadas reflexões sobre as intervenções realizadas com a colaboração do professor orientador, enfermeiros especialistas em ESM e enfermeiros prestadores de cuidados nas equipas multidisciplinares que integrámos.

Concordámos que “todas as experiências são vivências, mas nem todas as vivências tornam-se experiências” (Josso, 2009, p. 137). Toda a vivência tem potencial para se transformar em experiência e esta transformação tem lugar quando a pessoa que vivencia determinada emoção, comportamento, ideia ou saber-fazer que exija uma técnica, se permite e disponibiliza à reflexão sobre a mesma, incorporando-a como experiência (Josso, 2009) e consequentemente, como uma fonte de aprendizagem.

Utilizámos a reflexão sobre as vivências como uma estratégia de aprendizagem, com o intuito de alcançar um entendimento dos nossos sentimentos, emoções, comportamentos, ideais, crenças e valores, potenciando o nosso autoconhecimento enquanto pessoa e enfermeiro. Colocámos este conhecimento e consciência no estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa com necessidades identificadas ao nível da saúde mental, perspetivando a melhoria na prática dos cuidados de enfermagem especializados em saúde mental.

Buscámos o conhecimento de nós mesmos, avaliámos as contradições e as inconsistências que nos foram surgindo ao longo do percurso e repensámos os nossos comportamentos face aos valores e ideais que nos rodeiam, o que nos permitiu fazer escolhas, reformular ideais e repensar as nossas ações a nível pessoal e profissional. Isto fez parte de um processo de introspeção nem sempre pacífico e muitas vezes causador de ansiedade e desconforto.

Salientamos a importância do cuidado de nós mesmos, no sentido de identificar os nossos limites e otimizar os nossos recursos rumando para a melhoria da nossa prática diária. “Um prestador de cuidados que não cuide de si, não pode desconstrair-se e oferecer serenidade, calor e compreensão àqueles de quem cuida” (Hesbeen, 2001, p. 71).

A narração das vivências permitiu a sua tomada de consciência proporcionando a sua transformação em experiências e favorecendo a aprendizagem e o nosso autoconhecimento. “Ao narrar sua própria história, a pessoa procura dar sentido às suas experiências e, nesse percurso, constrói outra representação de si: reinventa-se.” (Passegi, 2011, p. 147).

Cada um de nós, enquanto enfermeiro, é detentor de uma história, impregnado por crenças, ideais, vivências e experiências, que influencia a forma como interpretamos a narrativa de vida da pessoa que necessita dos seus cuidados. As nossas crenças sobre “as potencialidades do ser humano desempenham aqui um papel maior. E será facilmente

compreensível a importância de trabalhá-las explicitamente se pretendemos contribuir para mudanças sérias no fazer e no pensar de nossa humanidade” (Josso, 2007, p. 415).

Ressaltou a importância do nosso autoconhecimento e autoconsciência enquanto pessoa e enquanto enfermeiro, potenciado pela nossa narrativa de vida, pela reflexão sobre as nossas vivências e pela transformação dessas vivências em experiências formadoras promotoras de aprendizagem. “A recolha das narrativas e a reflexão interpretativa sobre essas narrativas permite a descoberta de novas competências e novo conhecimento, a identificação de obstáculos às boas práticas e ainda a identificação de áreas de excelência” (Benner, 2001, p. 14).

Aquando da realização de entrevistas de avaliação inicial e de ajuda identificámos um fenómeno de contratransferência que relatámos posteriormente à enfermeira tutora, potenciando a sua gestão e entendimento. Este fenómeno, podendo ser definido como a totalidade das emoções e sentimentos que a pessoa faz surgir no Outro, permite ao enfermeiro conhecer tanto a pessoa como a si mesmo (Leitão, 2003). A identificação deste fenómeno e a sua gestão potenciou o nosso autoconhecimento no que diz respeito às emoções, sentimentos e reações que determinadas vivências das pessoas podem originar em nós, ao mesmo tempo que fomentou o ultrapassar de barreiras no estabelecimento da relação terapêutica.

A gestão das resistências foram conseguidas através da análise, com a pessoa em crise suicida, das suas motivações e do propiciar a tomada de consciência das mesmas. Ao mesmo tempo, a reflexão e clarificação das emoções devolvendo-as posteriormente, permitiu a sua tomada de consciência pela pessoa. Foi explorado o comportamento da pessoa em crise suicida e as possíveis razões para a sua ocorrência.

As resistências, que podem ser entendidas como a tentativa da pessoa de não tomar contacto com os aspetos que lhe causam ansiedade, impõe-se como uma preocupação constante do enfermeiro, que deve estar preparado para se expor a emoções poderosas, negativas ou positivas, exibidas pela pessoa (Stuart, 2001).

Apesar de não termos vivenciado fenómenos de transferência podemos defini-lo como resposta inconsciente da pessoa, na qual esta manifesta emoções e sentimento para com o enfermeiro associadas, originalmente, a pessoas importantes em algum momento de vida (Stuart, 2001). O conhecimento de que estes fenómenos podem surgir na prática motivou as nossas leituras e busca de conhecimento teórico que nos permita a sua identificação e entendimento no futuro.

A tomada de consciência da nossa timidez e do comportamento não demonstrativo como dificultadores do processo de aprendizagem ao longo do estágio I, permitiu o delinear de estratégias para colmatar as dificuldades iniciais. Nos estágios II e III apesar da postura reservada que nos caracteriza, fomos capazes de criar com a equipa multidisciplinar uma dinâmica de colaboração, sobressaindo na interação a nossa capacidade para motivar o Outro, com *feedback* positivo por parte da equipa multidisciplinar.

O desenvolvimento de competências de escuta ativa foi uma constante, facilitado pelas características das pessoas com quem desenvolvemos a nossa intervenção ao longo dos estágios II e III, maioritariamente idosas e com histórias de vida maravilhosas.

Aquando da visitação domiciliária ao idoso isolado demonstrámos preocupação e disponibilidade para a ajuda efetiva, incrementando o “*estar com*” a pessoa idosa na partilha de vivências e experiências e promovendo o nosso crescimento pessoal e profissional.

A tomada de consciência da realidade vivida pelo idoso isolado em termos de condições socioeconómicas e familiares permitiu o desenvolvimento de um novo pensar no que diz respeito aos valores da vida e da existência humana e de novos ideais de bem-estar e qualidade de vida.

Os modelos de qualidade de vida vão desde a satisfação com a vida ou bem-estar social a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas e até dimensões menos tangíveis, tais como o sentido de segurança, a dignidade pessoal, a oportunidade de atingir objetivos pessoais, a satisfação com a vida, a alegria, o sentido positivo de si. (Carneiro, Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012, p. 32)

Identificámos, com a colaboração da enfermeira tutora ao longo do estágio I, posturas corporais viciadas como dificultadoras do estabelecimento da relação terapêutica. Com o despertar da atenção para estes factos, conseguimos, aquando da relação terapêutica com o Outro, refletir e corrigir estas posturas no sentido do aprimoramento das competências. “A autoconsciência é um componente fundamental da experiência da enfermagem psiquiátrica. O objetivo do enfermeiro é conquistar uma comunicação autêntica, franca e pessoal. Deve ser capaz de examinar sentimentos, ações e reações pessoais” (Stuart, 2001, p. 48).

No contexto da relação profissional mantivemos os limites na relação com o Outro, preservando a relação terapêutica que se preconizava. Muitas são as emoções que podem surgir no enfermeiro em relação com a pessoa, podendo este facto ser gerador de stresse e

de uma carga emocional excessiva (Stuart, 2001). Contudo, “é inapropriado discutir conflitos ou respostas pessoais do enfermeiro, exceto quando esses podem ajudar o paciente. (...) espera-se que retenha a objetividade e não se prenda a uma resposta de consideração pelo paciente.” (Stuart, 2001, p. 81)

O contributo da unidade curricular Narrativas de Vida revelou-se de extrema importância para a aquisição desta competência, no que diz respeito ao autoconhecimento. Foi na narrativa oral e escrita que encontrámos fundamento para muitas das nossas reflexões, permitindo-nos o contacto com inúmeras vivências ao longo dos tempos que foram preconizadoras de aprendizagens e da nossa autoconsciência enquanto pessoa e enfermeira.

Na pesquisa bibliográfica encontrámos fundamento teórico para as nossas inquietações, preconizando a incorporação da teoria na prática diária dos cuidados de enfermagem de saúde mental.

Competência F2 - *Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.*

Unidade de Competência F2.1. - *Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.*

Unidade de Competência F2.2. - *Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.*

Unidade de Competência 2.3. - *Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.*

A aquisição desta competência pressupõe a avaliação global da pessoa, tendo em conta o seu ciclo vital e o seu desenvolvimento. Surgiu a necessidade de nos munirmos de instrumentos e estratégias que nos permitissem estruturar esta avaliação no sentido da apreciação detalhada e sistematizada das reais necessidades da pessoa.

É através do primeiro contacto a pessoa vai formular a sua imagem acerca da enfermeira. Se a enfermeira se demonstra calorosa e afável, vai tornar-se um figura conhecida e de confiança no mundo desconhecido em que a pessoa se encontra (Phaneuf, 2005). “Se o acolhimento é caloroso e impregnado de compreensão, pode criar-se um

vínculo positivo, mas se ao contrário estes primeiros momentos forem neutros e desatentos, ou mesmo desagradáveis, experimentará dificuldade em abrir-se e em ter confiança.” (Phaneuf, 2005, p. 29). Estas foram as premissas tidas em conta aquando da abordagem da pessoa.

A elaboração de um guião de entrevista semiestruturada (Apêndice II) permitiu a sistematização aquando da abordagem da pessoa para entrevista de avaliação inicial. Este guião foi elaborado à luz dos pressupostos e conceitos do Modelo de Sistemas de Betty Newman e da Teoria do Desenvolvimento Humano de Eric Erikson.

Eric Erikson, psicanalista, baseando-se na psicologia freudiana, acreditava que a personalidade não dependia apenas das experiências infantis mas também das da idade adulta, formulando uma Teoria do Desenvolvimento Humano cobrindo todo o ciclo vital, desde a primeira infância até à velhice e senescência, fundamentando-se no conceito de epigénese. (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2006)

O princípio epigenético evoca que o desenvolvimento humano ocorre por estágios bem definidos e sequenciais, sendo que o desenvolvimento ocorrerá sem problemas se cada estágio for satisfatoriamente resolvido (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2006). “De acordo com o modelo epigenético, caso não ocorra a resolução eficaz de um determinado estágio, todos os estágios subsequentes refletirão este fracasso, na forma de um desajuste físico, cognitivo, social ou emocional.” (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2006, p. 252)

Cada estágio considerado por Eric Erikson tem inerente uma crise, cuja resolução (eficaz ou não eficaz) terá repercussões significativas na pessoa e refletir-se-à ao longo do ciclo vital. Tendo em conta que a nossa área de interesse passa pela intervenção com a pessoa em crise suicida, o contacto com este modelo de desenvolvimento humano permitiu-nos a aquisição de conhecimentos no que diz respeito às diferentes crises desenvolvimentais que são passíveis de ocorrer ao longo do ciclo vital.

A análise da situação de crise deve compreender o fator de stresse precipitante, a história de vida (fracassos ou rejeições que possam potenciar a vulnerabilidade à situação) e os problemas do estágio da vida (influenciam a capacidade de tolerância à perda e desapontamentos). (Townsend, 2002)

As reuniões de passagem de turno em contexto do estágio I revelaram-se momentos fundamentais de partilha de conhecimentos entre a equipa de enfermagem. Transmitiram-se informações acerca das histórias de vida das pessoas, das suas necessidades em termos de

intervenção bem como das alterações que ocorrem no estado de saúde mental ao longo do internamento.

Estas reuniões têm por objetivo “assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e como finalidade promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 1). Procurámos tomar partido destas partilhas de informação no sentido da aquisição do melhor conhecimento possível da pessoa à qual prestaríamos cuidados.

Corroborámos com o facto que as trocas ocorridas entre os profissionais de saúde e as pessoas de quem cuidam assumirem “formas muito diversificadas que vão da conversa informal à entrevista formal, do encontro único aos encontros múltiplos desenvolvidos ao longo de vários meses, em algumas situações ao longo de vários anos, como é o caso da psicoterapia expressiva” (Chalifour, 2009, p. 57).

Considerando o contexto, a pessoa e os recursos disponíveis, optámos, ao longo do estágio I, pelo uso da observação e contacto direto com as pessoas, dos registos de enfermagem e dos registos institucionais para nos munirmos da mais vasta informação disponível acerca das mesmas.

Considerámos que importa estabelecer e identificar de forma acurada, as reais necessidades da pessoa. A necessidade pode ser definida como

a manifestação no organismo da carência (sentida ou não) de uma condição interna necessária ao seu bom funcionamento, desencadeando processos psicológicos e fisiológicos que se traduzem em comportamentos particulares, com vista a estabelecer um contacto com o ambiente para aí recolher, de forma simbólica ou real, a energia, informação ou matéria susceptíveis de compensar a deficiência. (Chalifour, 2008, p. 74)

Bleger (1998) considera a entrevista como um instrumento fundamental e como uma técnica de investigação com procedimentos próprios ou regras empíricas, com os quais se aplica, verifica e replica o conhecimento científico. A entrevista é um meio muito difundido e com múltiplos objetivos, entendendo-se a entrevista psicológica como aquela que se procuram objetivos psicológicos (investigação, diagnóstico e terapia por exemplo).

A busca pela informação nem sempre é solicitada mas sim, em muitos dos casos, ativamente procurada. É através da colheita das informações que se desencadeiam as escolhas na tomada de decisão. Não obstante, é importante ter em conta que nenhuma ferramenta ou mecanismo é infalível ao comportamento humano e os valores humanos

influenciam significativamente as percepções das informações colhidas, pelo que, aquando da colheita de dados, é necessário que o enfermeiro tenha em conta as suas preferências e as dos outros para que não sejam tomadas inequivocamente como factos (Marquis & Huston, 1999). Foi através do autoconhecimento que tentámos colmatar este previsível enviesamento na colheita de dados.

O acesso à narrativa da história de vida da pessoa e a sua reconstrução tornou-se facilitadora no processo de levantamento das necessidades, permitindo, ao mesmo tempo, identificar o contexto social e, consequentemente, um acurado conhecimento das reais necessidades em termos de intervenção.

No decorrer dos estágios II e III, através de entrevistas de ajuda em contexto de visitação domiciliária, fomos capazes de realizar um levantamento abrangente das necessidades da pessoa. Elaborámos uma proposta de formulário de avaliação e referenciação da pessoa em crise suicida (Apêndice III), dando resposta à necessidade sentida e manifestada pela equipa da UMS.

A avaliação das necessidades da pessoa idosa isolada permitiu a identificação dos principais fatores stressores que poderão desencadear a crise suicida, nomeadamente, o isolamento social com consequente ausência de rede social e familiar de apoio, sentimentos de desamparo e desesperança, sentimentos de abandono, sensação de escassez de cuidados de saúde associada à percepção de debilidade física crescente, sintomatologia depressiva e alterações no padrão de sono. Associado a estes fatores constatámos as ideias de morte e de suicídio enraizadas na cultura e vistas como uma solução para os problemas vivenciados no dia-a-dia.

Alguns idosos verbalizaram sentimentos de percepção como fardo para os familiares e ideias de morte. Apesar de não verbalizarem concretamente as ideias de suicídio, subentendia-se no seu discurso que esta seria a solução premeditada para o momento em que se sentissem incapazes de satisfazer as suas necessidades de forma autónoma.

A pessoa idosa pode ser direta na verbalização ou apenas insinuar o desejo de morte, comentando sobre o assunto com familiares, amigos e companheiros. No que diz respeito aos sinais e sintomas, o mais frequente é a própria tentativa. No entanto, existem condutas que deveriam ser tidas em conta como alertas pelos cuidadores: descuido com a medicação, colocação em ordem dos pertences ou dos haveres, desinteresse pelas coisas da vida, busca súbita de alguma religião ou igreja, desinteresse em se cuidar, frequentes visitas ao médico com sintomas vagos. (Conwell & Brent, 1995)

Devem igualmente ser tidos em consideração fatores situacionais (eventos de vida que causem depressão, melancolia e tristeza) como sendo: reforma e inatividade social, refugio ou isolamento social, morte do cônjuge, filhos ou amigos, diagnóstico de uma doença grave, perda de referências sociais (privação de espaço na própria casa). (Minayo & Cavalcante, 2010)

Ao longo dos estágios II e III procedemos à avaliação do impacto que determinados fatores de stresse e crises situacionais tinham ao nível da saúde mental da pessoa, como sendo, situação de dependência física da pessoa ou cônjuge, sentimentos de abandono e desamparo em ligação à escassez de redes de apoio social e familiar em geral e perceção de escassez de cuidados de saúde em particular. Ao mesmo tempo foram identificados fatores protetores para a pessoa como sendo a pertença a grupos sociais, atividades prazerosas, vínculos afetivos e crenças religiosas, reforçando a sua importância junto da pessoa, promovendo a esperança no futuro e o delinear de objetivos e projetos de vida futuros.

Constatámos a ausência de objetivos de vida em pessoas idosas isoladas, assim como a ausência de procura de atividades prazerosas. Ao mesmo tempo, foi possível apurar que, apesar de descontentes com a situação de isolamento e escassez de apoio social e familiar, os idosos preferem manter-se no seu lar, na sua casa, evidenciando sentimentos de perceção como “fardo” para a família, regra geral residente a vários quilómetros de distância, e tentando a todo o custo evitar situações de dependência dos familiares, proferindo expressões como “Eles têm a vida deles”.

Estas constatações em contexto de estágio contrastam com os achados na literatura, onde encontrámos que mesmo com uma estrutura familiar “adoecida”, geralmente o idoso não prefere morar só, uma vez que é na família que o idoso busca apoio para a sua vivência afetiva, onde o carinho e o respeito da família contribuem para um final de vida feliz. (Lopes, Lopes, & Camara, 2009)

Avaliámos o impacto que o problema de saúde mental acarretava na qualidade de vida da pessoa, bem como a interferência da mesma na sua autonomia. Muitas vezes tivemos dificuldade em distinguir aquilo que poderia ter causalidade física, decorrente do processo de envelhecimento, daquilo que tinha causalidade psicológica.

Na realidade, o idoso apresenta-se, muitas vezes, com múltiplos sintomas confusionais e preocupações somáticas, negando o humor disfórico ou não o vivenciando. A existência de doenças físicas concomitantes pode constituir um factor confusional no

diagnóstico, visto que a maioria dos idosos personifica a interação entre doenças físicas e psiquiátricas. (Martins, 2008, p. 120)

Foi-nos possível a identificação dos principais mecanismos de *coping* utilizados anteriormente pela pessoa em crise suicida ao longo dos estágios I, II e III e avaliar a sua eficácia. Concomitantemente, avaliámos os recursos internos da pessoa para o restabelecimento da sua saúde mental, bem como os recursos externos em termos de fatores familiares e sociais potenciadores do restabelecimento da saúde, permitindo-nos fazer o afloramento da forma como a doença estava a afetar a dinâmica familiar e social, bem como as consequências que daí advinham.

A identificação das expectativas da pessoa quanto ao internamento, ao longo do estágio I, permitiu-nos desmistificar as suas ideias erróneas acerca dos resultados a esperar e o estabelecimento do contrato terapêutico, com o objetivos delineados e mensuráveis.

Foi possível a realização de autópsias psicológicas em colaboração com a equipa multidisciplinar na sequência da cooperação da equipa da UCC em um estudo sobre o suicídio que estava a ser realizado na população. Neste contexto foi possível identificar, nas famílias das vítimas de suicídio, processos de luto não resolvidos pela não possibilidade das famílias expressarem os seus sentimentos em relação ao sucedido.

Mesmo sendo uma situação frequente e talvez até enraizado na cultura da comunidade, o suicídio ainda denota algumas características de “tabu” sobretudo nas famílias das vítimas. Foram promovidos momentos de partilha de emoções e sentimentos em relação ao suicídio, que se considera terem sido benéficos para a resolução dos processos de luto.

Torna-se importante aqui referirmos a relevância da sensibilidade cultural, preconizando-se o respeito pela multiculturalidade aquando da prestação dos cuidados. É necessário ter em consideração que “cada pessoa é um todo único e singular, protagonista de uma história e de uma identidade cultural e espiritual, que para muitos se define religiosamente. Considerar estes aspectos é fundamental na prática dos cuidados de saúde” (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005).

A participação nas reuniões clínicas semanais ao longo do estágio I e das reuniões de equipa semanais ao longo dos estágios II e III revelaram-se momentos fulcrais para a obtenção de informação acerca das pessoas às quais prestámos cuidados. A partilha de informações e confronto de achados aquando das entrevistas realizadas pelas diferentes áreas

profissionais permitiu um acurado conhecimento da pessoa em crise suicida bem como o estabelecimento de estratégias multidisciplinares para a intervenção.

Salientamos que o estilo de liderança das equipas multidisciplinares que integrámos em contexto dos estágios se demonstrou facilitador tanto no processo de aprendizagem como no processo de colheita de dados relativos às pessoas internadas.

Considerámos que o estilo liderança democrático adotado, onde os profissionais eram coordenados por meio de sugestão e orientação e com recurso à crítica construtiva, facilitava a comunicação entre os elementos da equipa multidisciplinar, envolvendo todos na tomada de decisão e na responsabilização para a consecução de um objetivo comum, com fim último nos cuidados de qualidade. “A liderança democrática, adequada para grupos que trabalham juntos por períodos longos, promove a autonomia e o crescimento individual dos trabalhadores. Esse tipo de liderança é especialmente eficaz quando cooperação e coordenação entre os grupos são necessárias.” (Marquis & Huston, 1999, p. 38).

Competência F3 - *Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.*

Unidade de Competência F3.1. – *Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.*

Unidade de Competência F3.2. – *Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.*

Unidade de Competência 3.3. – *Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.*

Unidade de Competência F3.4. – *Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.*

Unidade de competência 3.5. – *Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.*

As atividades desenvolvidas em contexto do estágio I para aquisição da competência são expressas no estudo de caso realizado, pelo que se remete para a sua leitura. (Apêndice IV)

Para Robert Yin (2001) o estudo de caso é a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo “como ” e “por que”, quando o investigador tem pouco controlo sobre os eventos ou quando o foco se encontra em fenómenos apresentados em contexto da vida real.

As estruturas dos cuidados encontram-se muitas vezes organizadas como que a incitar os cuidados tarefairos e rotineiros.

A rotina torna os comportamentos rígidos e, para além de levar a perdas de tempo com gestos inúteis perante situações particulares, transforma os prestadores de cuidados em *técnicos especializados* que passam de cama em cama para *fazer* o que está previsto no seu plano de trabalho. (Hesbeen, 2001, p. 7)

Cabe a cada enfermeiro, no exercício da atividade profissional, implementar estratégias de gestão de tempo nos cuidados, com o intuito de evitar a desumanização e despersonalização dos mesmos. Torna-se relevante reforçar a importância da relação que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa com a qual ele intervém.

É preciso reconhecer que a ausência de uma relação válida entre a pessoa cuidada e a enfermeira, e a falta de um trabalho relacional intensivo, desumanizam os cuidados e despersonalizam o papel da enfermeira, transformando-o em uma sucessão de gestos organizacionais frequentemente esvaziados do seu significado terapêutico. (Phaneuf, 2005, p. 11)

Após o levantamento das necessidades da pessoa através da entrevista inicial foram elaborados os principais diagnósticos de ESM, estabelecidos objetivos com indicadores sensíveis e mensuráveis e delineadas intervenções de enfermagem para dar resposta às necessidades identificadas com a pessoa.

A Ordem dos Enfermeiros salienta que a intervenção do enfermeiro incide na identificação tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis. (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 13)

Os diagnósticos de ESM, objetivos e ações a desenvolver foram definidos de acordo com a CIPE, após identificados os fatores de risco modificáveis com a pessoa em crise suicida.

A CIPE contribuiu para o planeamento, aplicação e avaliação das intervenções de enfermagem, tornando-as individualizadas, contínuas e progressivas. Por outro lado, reforçou a nossa autonomia e responsabilidade, contribuindo para a segurança, qualidade e satisfação nos cuidados de enfermagem. A reavaliação dos resultados e redefinição dos diagnósticos de enfermagem face a novas necessidades da pessoa ficou comprometida pela carga horária do estágio e pela impossibilidade de acompanhamento da pessoa por um longo período de tempo.

Concordámos que a CIPE é “um valioso instrumento para dar maior uniformização e visibilidade aos cuidados de Enfermagem. Esses aspectos são fundamentais para a melhoria dos cuidados prestados à população – clarificam-se os conceitos e diagnósticos, harmonizam-se intervenções e resultados” (Conselho Internacional de Enfermeiros; Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 3). Ao mesmo tempo surge como ferramenta importante para a análise dos cuidados, potenciando a definição das necessidades e das políticas de saúde (Conselho Internacional de Enfermeiros; Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Ao longo dos estágios tornou-se necessário proporcionar a tomada de consciência da pessoa quanto às suas reais necessidades, uma vez que constatámos o seu não reconhecimento dos problemas e necessidades no que diz respeito à saúde mental. Em contexto dos estágios II e III esta constatação foi mais evidente, relacionando-se o não reconhecimento da pessoa com o assumir, pelo idoso, que a sua situação pessoal e sociofamiliar era comum à maioria da população, o que propiciava a desvalorização das necessidades.

Assumimos que a pessoa é a principal responsável pela sua saúde e pelo seu processo de recuperação, razão pela qual procurámos dar ênfase à sua participação nas decisões bem como à centralização das intervenções em si mesma. As intervenções foram programadas em função do impacto que teriam na pessoa, priorizando-se a planificação das intervenções de acordo com as suas expectativas, corresponsabilizando-a pelo restabelecimento da sua saúde.

Reforçámos, com a pessoa, a importância da sua participação na recuperação, permitindo-lhe a descoberta do seu problema e das suas necessidades, responsabilizando-a pela procura de saúde e pela consciência da necessidade de se manter ativo no processo de

recuperação através de tomadas de decisão. Solicitámos contribuição nas intervenções com prontidão, preparação e presença. Reforçámos a esperança e as conexões sociais existentes e disponíveis, facilitadoras da recuperação.

Podemos definir a recuperação como a aceitação da responsabilidade por mim próprio, a conhecer-me a mim mesmo e a acreditar que sou capaz de tomar decisões relativas aos meus planos de cuidados e que tal contribuirá para o meu bem-estar. Isto baseia-se no meu sentimento de esperança quanto ao futuro e minha conexão com os relacionamentos, a comunidade e os papéis sociais. (Ministério da Saúde, 2005, p. 15)

O Art. 78º do CDE salienta que falar de cuidados de enfermagem fundamentados na interação e na relação terapêutica com o Outro, incita à realização das intervenções respeitando e defendendo a liberdade e dignidade da pessoa humana e do enfermeiro. (Ordem dos Enfermeiros, 2009)

A avaliação do estado mental permitiu-nos identificar comportamentos desajustados, alterações no humor, afeto e adequação, alterações da fala, da perceção, alterações sensoriais e cognitivas, alterações ao nível do controlo dos impulsos bem como a avaliação da capacidade de julgamento e *insight* e da confiabilidade. Esta avaliação foi transmitida à equipa multidisciplinar em contexto dos estágios potenciando ajuste das intervenções a desenvolver com a pessoa. No que diz respeito às pessoas em crise suicida, foi avaliada a permanência das ideias de suicídio bem como a existência de planos estruturados de suicídio.

No estabelecimento da relação profissional de saúde/pessoa é importante considerar-se um dos aspetos mais relevantes e pertinentes na definição da relação terapêutica: os princípios éticos. A prática clínica deve reger-se não só por códigos deontológicos, mas também assentar numa conduta ética (Catarino, 2003). Assim sendo, a ética assumiu a centralidade na nossa tomada de decisão, com o objetivo de garantir uma prestação de cuidados de qualidade à pessoa.

Procedemos à avaliação do impacto que determinados fatores de stresse e crises situacionais tinham ao nível da saúde mental da pessoa, como sendo o desemprego, o divórcio, a separação dos filhos e as épocas festivas com sentimentos de abandono. Ao mesmo tempo identificámos fatores protetores para a pessoa como sendo a pertença a grupos sociais, vínculos afetivos e crenças religiosas, reforçando a sua importância junto da pessoa, promovendo a esperança no futuro e o delinear de objetivos e projetos de vida futuros.

A preocupação pela manutenção de ambiente seguro, cumprindo as regras já instituídas no serviço ao longo do estágio I, diminuindo o acesso a meios potencialmente perigosos, foi uma constante na nossa prática. “Um ambiente de trabalho seguro é um pré-requisito para um ambiente favorável à prática.” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2007, p. 25)

As intervenções realizadas com a pessoa foram pensadas, baseadas em teoria e corrigidas de acordo com a prática. Se, em determinada altura ou momento do processo de cuidados nos apercebemos da ineficácia das referências teóricas usadas para o restabelecimento da saúde da pessoa, procedemos à análise reflexiva do caso e realizámos novas investigações que potenciassem os efeitos práticos das intervenções. Cabe ao enfermeiro fazer com ou pela pessoa “o que a pessoa faria por si mesma se tivesse as condições para tal (...). Sendo que aceitamos que a maioria das condições passa pela capacidade do próprio de se prestar cuidado, o conhecimento e as habilidades para tal.” (Nunes L. , 2011, p. 43).

A participação nas reuniões de equipa semanais em contexto dos estágios II e III foram usados no sentido da discussão de casos, permitindo a identificação de necessidades ao nível da saúde mental das pessoas acompanhadas em visita domiciliária. Quando identificadas necessidades que requeriam a intervenção de outros técnicos de saúde, nomeadamente, assistente social, fisioterapeuta, psicólogo e médico, foram mobilizados recursos e delineadas intervenções no sentido de dar resposta às necessidades da pessoa, intervindo como gestor de caso. Foi avaliada a efetividade das intervenções implementadas no sentido da resposta eficiente às necessidades da pessoa.

Competência F4 - *Presta cuidados do âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.*

Unidade de Competência F4.1. - *Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.*

Unidade de Competência F4.2. - *Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.*

Unidade de Competência F4.3. - Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.

As intervenções de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional visam ajudar a pessoas com doença mental em geral e as pessoas em crise suicida em particular, a restabelecer ou potenciar as suas capacidades no sentido de um nível de funcionamento saudável e satisfatório, para que possa contribuir para a sociedade que se insere.

Olhámos as intervenções de âmbito psicoterapêutico como cuidados que fazem uso da escuta ativa e da empatia no estabelecimento uma relação terapêutica com o Outro, baseada na confiança mútua imprescindível ao estabelecimento da relação, no qual se preconiza permitir na pessoa novas descobertas e novas formas de experienciar as suas vivências. Concordámos que “a descoberta guiada maximiza o envolvimento do paciente nas sessões e no processo terapêutico e minimiza a possibilidade de o terapeuta impor as suas ideias e conceitos” (Knapp, 2004, p. 31).

A base primordial da nossa intervenção assentou na relação de ajuda, oferecendo escuta ativa, presença e empatia. Concordámos que a empatia não pode ser considerada como um sentimento altruísta e sentimental aplicável em todas as situações. “A empatia não se recomenda, é uma descoberta, ou nos primeiros estádios, uma conquista.” (Ribeiro, 1997, p. 62). A verdadeira mudança só ocorrerá quando a comunicação de *self a self* surge na verdadeira empatia, o que permitirá avaliar a profundidade de uma psicoterapia. A empatia envolve as capacidades de perceber e de comunicar (Ribeiro, 1997).

A disponibilização de escuta ativa, permitindo a expressão verbal e não-verbal de sentimentos e emoções e focando-nos na interação, foi conseguida pela gestão da comunicação, assegurando a compreensão da pessoa, gerindo o silêncio e evitando barreiras à comunicação.

Não podemos indagar acerca do que são boas ou más técnicas ou teorias. Sabemos pois que determinadas intervenções terapêuticas têm mais efeito em determinadas pessoas do que outras. Os terapeutas eficazes conhecem os princípios teóricos e técnicos e têm uma abordagem mais dinâmica quando delineiam as intervenções. (American Psychological Association, 2009)

A evidência demonstra que os terapeutas eficazes são capazes de estabelecer uma forte relação com a pessoa, formar uma ligação sólida e induzir a pessoa a aceitar o tratamento e a colaborar. Ao mesmo tempo, a eficácia das intervenções terapêuticas reside ainda na capacidade do terapeuta de perceber e compreender as reações emocionais e sociais das pessoas e tomam consciência dos progressos da pessoa, estando dispostos a corrigir os entraves ao progresso do processo terapêutico, incluindo aqueles que ocorrem na relação terapeuta/pessoa. (American Psychological Association, 2009)

A demonstração de interesse pela pessoa, na ajuda efetiva, facilitou o estabelecimento da relação terapêutica. Este interesse é expresso pelo entusiasmo de estar na presença do Outro e pela quantidade de tempo e energia que está disposta a dedicar ao seu bem-estar (Patterson & Eisenberg, 1988), e estes ideais foram assumidos por nós como integrantes da relação de ajuda. “A experiência de ter o interesse de outro ajuda a desenvolver ou restaurar um sentido de cuidado por si mesmo, produz energia e encoraja a responder às demandas da vida” (Patterson & Eisenberg, 1988, p. 47).

Desenvolvemos a interação com a pessoa respeitando a harmonização entre o comportamento verbal e o não-verbal, com um padrão de linguagem fluente e um contacto visual firme, o que inevitavelmente favoreceu a dinâmica da relação, permitindo-nos ser verdadeiramente congruentes no discurso e nas atitudes. A adoção de comportamento assertivo facilitou o estabelecimento da relação empática com a pessoa, potencializando a interação. Elogiámos comportamentos de procura de saúde e de ajuda, ao mesmo tempo que incentivámos a sociabilização, reforçando a importância do humor como facilitador.

Estabelecemos comunicação eficaz, com base na argumentação, promovendo a adesão ao regime terapêutico e fomentando a literacia em saúde. A literacia em saúde mental implica a capacidade de reconhecer os diferentes aspetos relacionados com a saúde mental, promovendo o conhecimento de como procurar informação acerca da saúde mental, o conhecimento dos fatores de risco e causas, dos tratamentos e dos profissionais disponíveis bem como fomenta atitudes que promovam o reconhecimento e a adequada procura de ajuda (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

A identificação de estratégias de *coping* usualmente utilizadas pela pessoa permitiu-nos o desenvolvimento de intervenções no sentido de corrigir as estratégias ineficazes e reforçar as estratégias eficazes com o objetivo de diminuir a ansiedade aquando das vivências stressantes.

O *coping* pode ser definido como atitude com as características específicas: Disposição para gerir o stresse que desafia os recursos que cada indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotectores que o defendem contra ameaças, percebidas como ameaçadoras da auto-estima positiva; acompanhada por um sentimento de controlo, diminuição do stresse, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico. (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2005, p. 80)

Dadas as implicações significativas que o stresse pode exercer ao nível da qualidade de vida das pessoas facilmente concordámos que os profissionais de saúde podem e devem assumir responsabilidade no que diz respeito a ajudar as pessoas a lidar com os stressores e encontrar mecanismos de *coping* eficazes para lidar com as ameaças internas ou externas.

Assumimos que o primeiro passo para lidar com o stresse é reconhecer a origem do stressor, o que vai ajudar na redução do sentimento de impotência que ocorre quando se procura uma resposta para o stresse. Utilizámos a narrativa de vida e sua reestruturação no sentido de ajudar a pessoa no reconhecimento do fator de stresse desencadeador da crise.

A avaliação que a pessoa faz de cada stressor, isto é, a compreensão da situação *stressante*, envolve respostas cognitivas, afetivas, fisiológicas, comportamentais e sociais, dependendo da importância atribuída pela pessoa à situação vivenciada (Stuart, 2001). “O stressor assume seu significado, intensidade e importância a partir da interpretação e do significado único a ele atribuído pela pessoa em risco.” (Stuart, 2001, p. 105)

O reconhecimento dos fatores em vez da sua negação permitirá impedir o seu crescimento e concomitantemente, possibilitará a identificação dos sentimentos associados ao mesmo (ansiedade, frustração, raiva) e o delinear de estratégias para lidar com eles. Como métodos gerais para redução do stresse podemos apontar: manter boa forma física com exercício físico regular, diminuição de consumo de substâncias estimulantes (cafeína, álcool, açúcar, nicotina), estratégias de adaptação comportamental (gestão de tempo), exercício de relaxamento e técnicas de respiração. (Joyce, 1998)

Tornou-se impensável criar uma relação terapêutica isenta da “preocupação de criar uma relação de confiança e de colaboração com o cliente, sem manifestar interesse e consideração relativamente a este, sem se deixar tocar e sentir interpelado pelo que lhe está a acontecer, e sem estar motivado para o compreender e ajudar” (Chalifour, 2009, prefácio).

Ao agir de forma tranquila, procurámos concretizar os objetivos delineados, sem ansiedades excessivas, permitindo a expressão de sentimentos de forma honesta e adequada,

fazendo valer os seus direitos sem negar os direitos dos outros intervenientes na relação interpessoal.

A realização do acolhimento da pessoa no serviço em contexto de estágio I revelou-se como um momento fulcral no estabelecimento da empatia necessária à relação terapêutica. A apresentação do espaço físico e a informação acerca das principais regras do serviço possibilitou a interiorização e adesão ao contrato e regime terapêutico estabelecidos. Ao mesmo tempo, corresponsabilizou a pessoa pelo processo de recuperação. Promovemos a esperança e reforçámos as habilidades sociais no sentido da reabilitação psicossocial.

Em contexto dos estágios II e III foram implementadas intervenções psicoeducativas, psicoterapêuticas, socioterapêuticas e socioeducativas no sentido da diminuição da ansiedade aquando das vivências stressantes e no sentido de corrigir estratégias de *coping* desajustadas utilizadas anteriormente.

A visita domiciliária ao idoso isolado, só por si, foi considerada de relevante importância na diminuição dos sentimentos de solidão, desamparo e abandono. Com as visitas periódicas demonstrámos preocupação, disponibilidade e atenção ao idoso e às suas necessidades pelo que as considerámos ser promotoras da saúde mental.

As intervenções de âmbito psicoeducativo foram maioritariamente direccionadas para a adesão ao regime terapêutico, estilos de vida saudável e importância das atividades prazerosas para a melhoria do humor e diminuição dos sentimentos de inutilidade. Foi incentivada e promovida a sociabilização entre os idosos isolados, reforçando-se a importância do humor como facilitador.

A satisfação na vida e a felicidade relacionam-se positivamente com a participação social, destacando-se os contactos sociais, a ajuda a outras pessoas e a participação em organizações voluntárias como fortes promotores do bem-estar, sendo que os contactos sociais podem ser mais importantes para a felicidade que dispor de rendimentos. (Carneiro, Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012)

Numa perspectiva cultural e psicológica, não é bom, sob vários ângulos, viver de uma forma isolada. Ainda é de salientar que as pessoas que nunca se encontram com amigos ou familiares terão mais dificuldades em receber ou prestar ajuda; basta ter-se pelo menos um contacto por ano para que a capacidade para receber apoio/ajuda se mostre diferente. (Carneiro, Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012, p. 94)

Foram realizadas intervenções psicoterapêuticas no sentido de promover a expressão de sentimentos e emoções relativamente a acontecimentos de vida e vivências

stressantes, com o intuito de aceder aos pensamentos “ruminativos” e incentivar ao abandono dos mesmos.

Aceder a pensamentos automáticos e crenças nucleares da pessoa com doença mental permitiu-nos estimular e incentivar o abandono dos mesmos. As crenças nucleares, com pressupostos subjacentes, em contacto com determinada situação geram pensamentos automáticos que por sua vez desencadeiam reações emocionais, comportamentais e físicas. (Knapp, 2004)

As crenças nucleares são entendidas como as ideias e conceitos enraizados sobre nós mesmos, das pessoas e do mundo, que se vão construindo e formando através das experiências de aprendizagem e se fortalecem ao longo da vida, moldando a nossa interpretação e perceção dos acontecimentos. Independentemente da situação, a pessoa irá sempre pensar do mesmo modo, de acordo com as suas crenças nucleares, pelo que estas são incondicionais. (Knapp, 2004)

No que diz respeito aos pensamentos automáticos, estes podem ser descritos como os milhares de pensamentos que nos ocorrem ao longo do dia, inconscientemente, de forma rápida, involuntária e automática. Se o conteúdo destes pensamentos for exagerado, distorcido, irrealista ou disfuncional, vai ter um papel importante na psicopatologia dada a modulação que ocorre nas emoções e interpretação dos eventos de vida (Knapp, 2004). “A modificação de pensamentos automáticos melhora o humor do paciente, já a modificação da crença nuclear melhora o transtorno.” (Knapp, 2004, p. 25)

A realização da atividade lúdico-terapêutica (atividade terapêutica que utiliza um elemento lúdico como veículo) “*Levar a Mal e Apreciar*” (Apêndice V) permitiu a aquisição de competências no que diz respeito à gestão de grupos, ao mesmo tempo que permitiu a aquisição de estratégias de comunicação eficazes em intervenções de âmbito psicoterapêutico. Através do incentivo às pessoas para a participação foi ainda estimulada a sociabilização. A avaliação positiva que as pessoas fazem das sessões reforçam a importância que estas possuem no processo de recuperação da saúde mental.

Foram realizadas intervenções de âmbito socioterapêutico como sendo a promoção de convívios semanais entre os idosos em colaboração com a equipa multidisciplinar, no sentido da minimização dos sentimentos de solidão, abandono e desamparo, ao mesmo tempo que foram propiciado momentos lúdicos, reforçando a autoestima, laços de amizade entre as pessoas idosas e promovendo a partilha de experiências e sentimentos. Neste sentido, importa salientar as questões da reabilitação psicossocial uma vez que esta aponta para a redução do

estigma e preconceito e visa promover a equidade e oportunidade (Hirdes & Kantorski, 2004).

A reabilitação psicossocial por ser entendida como sendo “um corpo de conhecimentos de modos de organizar serviços e métodos sujeitos à validação empírica, e está preocupada com a prevenção/redução das desabilidades associadas com desordens mentais e de comportamento.” (Hirdes & Kantorski, 2004, p. 217)

É do nosso conhecimento que “a incapacidade de integrar-se devidamente à sociedade como consequência dessas limitações pode aumentar o isolamento experimentado pelo indivíduo, o que pode, por sua vez, exacerbar o transtorno mental.” (Organização Mundial de Saúde, 2005, p. 4)

Não é possível encarar o sentido da vida alheio às ligações sociais que estabelecemos com os outros. É a relação social, as inter-relações, a interação com os outros que permitirão à pessoa singular a sua construção, permitindo a elaboração do sentido das suas ações, com a consciência da sua curta temporalidade mas com contributo no contínuo da história humana. (Leray, 2008)

Enquadrado no curso de preparação para a parentalidade promovido pela UCC, foi possível proceder a uma comunicação oral e promover um momento de partilha de conhecimentos, vivências, sentimentos e emoções junto de um grupo de grávidas e seus companheiros, em ligação às temáticas relacionadas com *Alterações Psicológicas na Gravidez, Maternidade e Parentalidade*. (Apêndice VI)

Segundo estudos realizados existem vantagens significativas em submeter as grávidas a programas de preparação psicoprofilática do parto, das quais se destacam: redução da medicação durante o parto, redução da dor, menor frequência do uso de fórceps, maior número de mulheres com atitude positiva face à experiência do parto, menor incidência de depressão pós-parto e de psicose puerperal nas mulheres com dificuldade de assumir o papel de mãe pela sua estruturação da personalidade. (Sevastano & Novo, 1981)

Neste contexto, a intervenção em grupo pode tornar-se um meio eficaz para o acompanhamento, pois permitirá a identificação entre as gestantes bem com partilha de experiências e a troca de informações. Desta forma, o grupo pode ser entendido como um espaço de partilha e constrição de sentidos, tendo como principal objetivo facilitar a emergência de novas perceções sobre factos e acontecimentos e a clarificação de valores. (Klein & Guedes, 2008)

A avaliar pela adesão dos participantes, pela participação na discussão dos temas e pelo *feedback* positivo no final da sessão, consideramos que esta intervenção se revelou uma mais-valia para a promoção da saúde mental do casal numa etapa do ciclo de vida que se revela como potenciadora de níveis de stresse e de alterações a nível físico e psicológico que interferem com o bem-estar físico e psicológico das pessoas.

No que diz respeito às intervenções socioeducativas, foi reforçada e incentivada junto da equipa multidisciplinar a necessidade de identificação acurada dos fatores de risco para o suicídio bem como dos fatores protetores, alertando e relembrando sinais de alarme bem como reforçada a importância de desenvolver atividades no sentido de minimizar os sentimentos de solidão e abandono, criando redes sociais e familiares de apoio e aproximando os idosos aos cuidados de saúde. Estas intervenções, já implementadas pela equipa multidisciplinar de forma empírica, foram agora incorporadas como de importância relevante ao nível da saúde mental da população.

Foi divulgado o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013/2017) e o Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamento da Esfera Suicidária da Ordem dos Enfermeiros junto das equipas multidisciplinares, quer em contexto de estágios como em contexto profissional.

Concordámos que a ESM assume um papel de extrema importância no processo de reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental. A sua especificidade consiste na incorporação de intervenções psicoterapêuticas durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, visando a promoção e protecção da saúde mental, a prevenção da perturbação mental e o tratamento, a reabilitação psicossocial e a reinserção social. (Nabais, 2008, p. 40)

3 - ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

O ciclo de estudo do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria procura dar resposta Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março, Art. 18.º onde se decreta que “no ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente a grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissionalizante.” (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006)

Tendo em conta os objetivos fixados legalmente e enquadrando o perfil de competências específicas do EEESM, o Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde (2011, pp. 7,8) enumerou as competências a desenvolver no sentido de assegurar a conferência de grau de Mestre em Enfermagem:

- 1. Demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem;*
- 2. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas;*
- 3. Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva;*
- 4. Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos;*
- 5. Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;*
- 6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.*

Neste contexto, passamos a explicar as competências de mestre bem como as atividades que desenvolvemos ao longo do curso de mestrado no sentido da sua aquisição.

1. Demonstra competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem

Concordámos que a competência profissional se desenvolve ao longo da trajetória de vida, interliga os saberes práticos, os teóricos adquiridos na prática clínica e os conquistados pela andragogia, com o intuito de agir eficazmente em uma situação específica. (Boterf, 2003)

De acordo com o Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro, REPE, o enfermeiro especialista é um

enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além dos cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da especialidade (Ministério da Saúde, 1996)

Ao longo dos estágios e após processo de aquisição de competências, assumimos responsabilidades na gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem à pessoa com necessidades identificadas ao nível da saúde mental referenciados pela equipa multidisciplinar em contexto profissional, tendo em conta que, mesmo com o processo de formação por concluir, foi-nos solicitada intervenção, acessoria, participação ativa e preponderante na tomada de decisão e supervisão relativamente às intervenções a desenvolver com pessoa com necessidades identificadas ao nível da saúde mental.

Entendemos que supervisionar é planejar, dirigir, orientar, ensinar, observar, estimular, corrigir, elogiar e avaliar continuamente, com paciência, tato e justiça, por forma a cada um poder desenvolver o seu trabalho e prestar cuidados de enfermagem com habilidade, segurança, correção e plenitude, de acordo com as suas competências, tendo presentes as suas limitações (Kron, 1983).

A supervisão diz então respeito a um processo em que o supervisor, pessoa experiente e bem informada, com competências que lhe permitem integrar interações políticas, administrativas, curriculares e pedagógicas, direciona o supervisionado para o desenvolvimento humano, educacional e profissional, adotando atitude de monitorização sistemática, com recurso a procedimentos de reflexão e experimentação. (Alarcão & Tavares, 2003)

Em contexto dos estágios realizados ao longo do curso de mestrado foram desenvolvidas intervenções e atividades com vista à avaliação exaustiva da pessoa, família e comunidades, em ligação à área do suicídio e à sua prevenção a nível primário, secundário e secundário. Foi realizado estudo de caso (Apêndice IV), procedendo-se à avaliação sistematizada das necessidades da pessoa.

Recorrendo à narrativa de vida como forma de acesso aos fatores stressores a que a pessoa em crise suicida estava sujeita, realizámos análise detalhada dos achados e das vivências da pessoa, no sentido da elaboração de diagnósticos de ESM de acordo com a CIPE, com posterior delineação com a pessoa de intervenções personalizadas e ajustadas às suas necessidades em saúde mental.

A CIPE® facilita aos enfermeiros a documentação padronizada dos cuidados prestados aos doentes. Os dados e informação de Enfermagem resultantes podem ser utilizados para o planeamento e gestão dos cuidados de enfermagem, previsões financeiras, análise dos resultados dos doentes e desenvolvimento de políticas. (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2009, p. 7)

Procedemos à realização de uma proposta de formulário para avaliação sistemática e referenciação da pessoa em crise suicida (Apêndice III), dadas as necessidades e dificuldades sentidas e manifestadas pela equipa da UMS relativamente a esta questão.

Enquadrado no Curso de Preparação para a Parentalidade promovido pela Unidade de Cuidados na Comunidade, foi-nos possível promover um momento de partilha de conhecimentos, vivências, sentimentos e emoções junto de um grupo de grávidas e seus companheiros, em ligação às temáticas relacionadas com as “*Alterações Psicológicas na Gravidez, Maternidade e Parentalidade*” (Apêndice VI) fomentando a promoção da saúde mental nesta fase do ciclo de vida, conhecida pelas rápidas alterações físicas e psicológicas que desencadeia a nível da pessoa e da família.

Tendo em conta a nossa preocupação com o agir e intervir de acordo com os preceitos éticos e deontológicos pelos quais se rege a profissão de enfermagem, tivemos em consideração, aquando da intervenção com a pessoa em crise suicida e com as demais pessoas que necessitaram dos nossos cuidados ao longo desta caminhada, os pressupostos legais emanados pela Lei Constitucional n.º1/2005 de 12 de Agosto, pela Lei n.º48/90 de 24 de Agosto, Lei de Bases da Saúde, pela Lei n.º36/98 de 24 de Julho, Lei da Saúde Mental, pelo Código Deontológico do Enfermeiro, pelo Decreto-Lei n.º161/96, de 4 de Setembro, Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e pelos regulamentos das

competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do EEESM e dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ESM, acrescidos da consulta e agir de acordo com outras leis que se revelassem pertinentes aquando da prática.

Em contexto profissional, fomos tutores de alunos do Curso de Licenciatura de Enfermagem, atuando como modelo para a prática dos cuidados de enfermagem de qualidade, disseminando os conhecimentos adquiridos na prática profissional e ao longo do curso de mestrado. Centrámos a nossa atuação no fomentar da reflexão crítica dos estudantes sobre os cuidados de enfermagem e incitar a procura dos conhecimentos técnico-científicos, relacionais e sociais, corresponsabilizando-os pelo processo de aprendizagem.

2. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas

A necessidade de formação especializada em ESM nasceu no decurso da nossa atividade profissional, no sentido de dar resposta a angústias e inquietações sentidas no dia-a-dia enquanto enfermeira. Salientámos que “os adultos, na sua maioria, não aprendem por aprender, mas sim para se tornarem capazes de enfrentar de uma maneira mais satisfatória obstáculos que a sua própria existência lhes coloca.” (Imaginário, 2004, p. 5)

Consideramos a enfermagem uma ciência, com um leque de conhecimentos de cariz científicos próprios tornando-se imperativo que a formação assente em fundamentos sólidos capazes de promover o desenvolvimento de capacidades de análise crítica e inovação.

O ingresso no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde e Psiquiatria revelou-se promotor de uma crescente aquisição de conhecimentos, tanto ao nível dos cuidados de enfermagem gerais como ao nível da prestação de cuidados especializados.

Foi possível adquirir, aprofundar e mobilizar conhecimentos no sentido da concretização dos objetivos delineados para as unidades e módulos curriculares do curso, ao mesmo tempo que vivenciámos problemas e providenciámos soluções para a concretização das tarefas propostas, que se revelaram de pertinência importante para a aquisição e consolidação de conhecimentos.

Procedemos à elaboração de um mapa concetual, com recurso à ferramenta CmapTools, para dar resposta à avaliação da unidade curricular de Enfermagem e seus módulos curriculares de formação contínua aplicada à enfermagem, segurança e gestão de risco, sistemas de informação e relação de ajuda e aconselhamento. A reflexão debruçada

sobre o que é a Enfermagem permitiu-nos afirmar que para nós a Enfermagem é Relação com o Outro pessoa, família, grupo ou comunidade.

Cimentámos as nossas intervenções, olhadas com intervenções terapêuticas no sentido da ajuda efetiva, permitindo-nos estabelecer uma relação terapêutica e de confiança com a pessoa, conduzindo à qualidade dos cuidados de enfermagem que aspiramos. Esta relação terapêutica deve ser desenvolvida no sentido de uma acurada avaliação em termos de necessidades da pessoa, família, grupo ou comunidade e posterior recurso às intervenções baseadas na evidência e operacionalizadas pelo uso das nossas competências técnico-científicas, humanas, relacionais e sociais.

A produção da narrativa oral e escrita da nossa experiência de vida em ligação à saúde, à doença e aos cuidados, aquando do desenvolvimento na unidade curricular de Narrativas de Vida, permitiu o nosso crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional. Ao narrar a nossa história de vida deparámo-nos com vivências, algumas delas mais marcantes que outras, outras recordadas mais frequentemente e ainda aquelas que tentámos esquecer, permitindo-nos um novo olhar sobre as mesmas, a sua reinterpretação e incorporação como experiências formadoras.

Assumimos que

todas as experiências são vivências, mas nem todas as vivências tornam-se experiências. É por isso que o desafio das situações educativas se encontra na imaginação de formas de aprendizagem que vão surpreendendo o aprendiz. Estas formas oferecem uma oportunidade de transformar a vivência proposta em experiência analisada, no decorrer da situação educativa. (Josso, 2009, p. 137)

A elaboração do Portfólio, no segundo semestre, como ferramenta de avaliação da unidade curricular de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria I, que intitulámos de *Caminhos de Aprendiz*, fomentou a busca pelo conhecimento e consequente reflexão sobre o mesmo, no que diz respeito aos módulos curriculares narrativas de vida, enfermagem de saúde comunitária e familiar, psicossomática, psicomotricidade, técnicas de intervenção, teorias e técnicas psicoterapêuticas e gestão de stresse.

No terceiro semestre, foi proposto novo desafio e foi elaborado novo Portfólio, como instrumento de avaliação da unidade curricular de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria II. Intitulámos este portfólio de *Viver, Experienciar e Consolidar... Em Saúde Mental!*

Deparámo-nos nesta fase com uma dificuldade acrescida relativamente ao segundo semestre. Estávamos agora presentes a unidades curriculares vastas, inespecíficas dentro da sua especificidade, que nos permitiam abordar diferentes áreas temáticas. Procurámos nas unidades curriculares de enfermagem de saúde mental na maternidade, enfermagem de saúde mental infantil e juvenil, enfermagem de saúde mental do adulto e idoso, reabilitação psicossocial e adição, áreas temáticas que nos suscitaram especial interesse.

Assim, buscámos o conhecimento relativo a temáticas como: *Aspetos psicológicos da gravidez, maternidade e parentalidade; Suicídio nos jovens – que olhar?; Comportamentos aditivos; Envelhecimento e isolamento social no idoso – que implicações?; Tentativa de suicídio e reabilitação psicossocial; Relevância da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental na sociedade*. Adquirimos conhecimentos sobre temáticas englobadas no ciclo vital da pessoa e refletimos sobre os mesmos.

Participámos, como formando, no Encontro “*Estratégias de Combate ao Isolamento e à Violência contra a Pessoa Idosa*” realizado em Estremoz a 18 de Outubro de 2013 (Anexo I) e no “*I Encontro de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Secção Regional do Sul*” realizado em Évora no dia 26 de Outubro de 2013 (Anexo II), no sentido da procura da autoformação que valorizamos como componente essencial ao desenvolvimento.

Concordámos que “ (...) a natureza do conhecimento e a natureza da aprendizagem significativa, não só valorizam o indivíduo tornando-o mais eficiente na aquisição e produção do conhecimento, mas também contribuem para a sua auto-estima (...) ”. (Novak, 1984, p. 10)

3. *Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva*

A proteção da saúde mental, e consequentemente a sua promoção, “efetiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social em que vive” (Assembleia da República, 1998, p. 3544), estando legislado que “a prestação de cuidados de saúde mental é assegurada por equipas multidisciplinares habilitadas a responder, de forma coordenada, aos aspetos médicos, psicológicos, sociais, de enfermagem e de reabilitação.” (Assembleia da República, 1998, p. 3544)

Uma equipa multidisciplinar é pensada como um conjunto de profissionais, com diferentes áreas de conhecimento, interagindo entre eles em estreita relação de interdependência, com intuito de alcançar a realização de objetivos específicos em comum. (Bilhim, 2001)

Integramos as equipas multidisciplinares em contexto dos estágios realizados. Buscámos desenvolver uma dinâmica de colaboração com as equipas, com o inerente abandono da passividade e envolvendo-nos nos projetos implementados de forma proactiva.

Proactivo é um adjetivo que caracteriza a pessoa que pensa e age antecipadamente, adotando medidas para evitar ou resolver problemas futuros, não atuando apenas em relação a algo. (Infopédia, 2014)

Ser proactivo implicou o nosso autoconhecimento pessoal e profissional. Empregámos os nossos conhecimentos técnico-científicos, relacionais, sociais e comunicacionais bem como intervenções de âmbito psicoterapêutico, psicoeducativo, socioterapêutico e socioeducativo, baseados na evidência científica, no sentido da resolução de problemas em contexto profissional e dos estágios, no que diz respeito à promoção e prevenção da saúde mental da pessoa, família, grupo ou comunidade.

Concomitantemente, e tendo em conta que ser enfermeira em contexto de urgência implica atuação com prontidão, antecipando possíveis complicações e agudizações no estado de saúde e contemplando o imprevisto no delinear das intervenções, recorreremos à nossa experiência profissional de atuação em situações de crise com elevados níveis de stress para a pessoa e munimo-nos de estratégias no sentido de colmatar as necessidades identificadas ao nível da saúde mental das pessoas ou famílias, no sentido de dar resposta atempada e apropriada a cada situação específica.

A enfermeira perita já não se apoia sobre um princípio analítico (regra, indicação, máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao acto apropriado. A perita, que tem uma enorme experiência, compreende agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis. (Benner, 2001, p. 58)

O processo de formação encarnou na experiência vivida e refletida e “constitui uma contribuição para a abordagem globalizadora e dinâmica da construção de si como uma disponibilidade constante à existência e, assim sendo, uma atenção consciente ou uma escuta sensível ao que se manifesta de nossa existencialidade no tempo presente.” (Josso, 2007, p. 424)

Criámos nas equipas multidisciplinares, tanto em contexto de estágio como em contexto profissional, um ambiente propício de credibilidade, confiança, e reconhecimento dos nossos conhecimentos e competências, que culminou em sermos considerados como um elemento de referência, sendo-nos solicitada a nossa avaliação e apreciação das pessoas com necessidades identificadas de intervenção ao nível da saúde mental.

Após avaliação sistemática da pessoa e com recurso à metodologia de gestão de caso, foi realizada referenciação e pedido de colaboração de profissionais de saúde, nomeadamente médico, psicólogo e assistente social, no sentido da resposta eficiente às necessidades identificadas e validadas com a pessoa.

4. Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos

O entendimento de cada situação em particular implica o desenvolvimento de um juízo clínico que fundamenta a tomada de decisão essencial à intervenção com a pessoa, família, grupo ou comunidade. De acordo com Chalifour (2008) o enfermeiro mobiliza, para o efeito, os conhecimentos e princípios científicos que detém, necessitando de possuir um elevado conhecimento de si mesmo, visto ser o principal agente desta relação.

Condizemos que “tomar uma decisão consiste em escolher a melhor alternativa (que se me apresentou) de acordo com critérios estabelecidos, com base numa certa quantidade e qualidade de informação, com o propósito de atingir um objetivo específico ou um determinado resultado.” (Nunes L. , 2011, p. 133)

Contudo, “as práticas excelentes de cuidar, tanto como as de diagnóstico, de monitorização, de intervenção terapêutica, são relacionais e contextualizadas, a enfermeira clínica não pode ter a certeza se essa prática excelente ocorreria, em outro contexto de cuidados, com outras interações, ou circunstâncias.” (Benner, 2001, p. 18)

Acresce que cada tomada de decisão é concretizada com base em probabilidades, possibilidades e/ou alternativas, decorrente de uma escolha deliberada, pelo que incute a responsabilidade de fundamentar a decisão tomada (Nunes L. , 2011) quer no mais altos níveis de evidência científica produzidos, quer ao nível das questões éticas e deontológicas que possam emergir aquando da intervenção com a pessoa, família, grupo ou comunidade.

A unidade curricular de Ambientes em Saúde, com os módulos curriculares de capacitação e saúde global, economia da saúde e psicossociologia das organizações

permitiu-nos desenvolver competências para dar resposta a uma problemática vivenciada em contexto profissional, relativa aos Transportes Inter-hospitalares.

O problema vivenciado em contexto profissional suscitou-nos preocupações e angústias quanto à qualidade dos cuidados de enfermagem aquando da necessidade do transporte inter-hospitalar, pelo que validámos a pertinência da temática junto da equipa de enfermagem, buscámos a evidência como fio condutor para o delinear de estratégias de melhoria e propusemos sugestões de mudança fundamentadas. Além dos conhecimentos adquiridos ao longo do processo de desenvolvimento do trabalho, salientamos que foi necessário fazer ressaltar recursos pessoais para a sugestão de estratégias eficientes e fundamentadas para dar resposta ao problema real constatado.

Aquando do desenvolvimento do nosso PDA e com recurso à revisão de literatura realizada com recurso aos princípios da revisão sistemática de literatura, desenvolvemos com a pessoa em crise suicida intervenções com comprovada evidência científica, no sentido da prevenção do suicídio. As revisões sistemáticas visam reunir toda a evidência produzida que diga respeito aos critérios previamente definidos para orientar um tema específico de investigação, com o objetivo principal de aplicar métodos sistemáticos e explícitos evitando assim o enviesamento da informação dos resultados obtidos (Higgins & Green, 2011).

Procurámos na ética e na deontologia profissional as respostas para as questões que nos surgiram a este nível, permitindo-nos realizar as nossas intervenções perspetivando a melhoria da qualidade de cuidados em ESM, mas não podendo esquecer que “a qualidade é como a beleza, ela está nos olhos de quem olha.” (Hesbeen, 2001, p. 49)”

O surgir da questão inquietante para nós – *Que legitimidade temos nós de tentar impedir o suicídio de uma pessoa, que deliberadamente e em consciência decide por termo à própria vida?* – e as questões que nos chegavam em contexto profissional relativamente à legitimidade ética e deontológica para desenvolver intervenções com a pessoa em crise suicida, fomentou a redação de uma artigo que intitulámos de *Decidiste Morrer! E Agora... É legítimo intervirmos?* (Apêndice I). Perspetivámos, com o artigo, esclarecer dúvidas e fornecer aos enfermeiros que contactam com pessoas em crise suicida uma base legal, ética e deontológica para o desenvolvimento das intervenções, desmitificando a ideia de desrespeito pela vontade e dignidade da pessoa.

5. Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência

A investigação em Enfermagem é encarada como um processo sistemático, científico e rigoroso que fomenta a procura do conhecimento no sentido de alcançar respostas a questões ou a resolução de problemas, em prol do benefício da pessoa, família, grupo ou comunidade. (Ordem dos Enfermeiros, 2006)

A prática baseada na evidência consiste num “método de resolução de problemas (...) que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, (...) no contexto do cuidar” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012, p. 10)

De salientar que assumimos que

A prática reflexiva é uma componente chave de cuidados de saúde baseados na evidência; o verdadeiro carácter de uma boa prática profissional é refletir sobre pressupostos considerados como certos e que norteiam a prática do dia-a-dia, e com os quais avaliamos de forma rotineira o impacto e os resultados das interações e intervenções nos doentes, clientes e no público. (Craig & Smyth, 2004, pp. 7-8)

Cientes do nosso desconhecimento no que dizia respeito às intervenções a desenvolver com a pessoa em crise suicida e fruto da nossa inquietação por nos confrontarmos quase diariamente com a necessidade de intervir com pessoas em crise suicida, procurámos o conhecimento, elaborámos e desenvolvemos o nosso PDA com recurso à metodologia de Trabalho de Projeto e com base na evidência produzida em relação à *Intervenção com a Pessoa em Crise Suicida aos Três Níveis de Prevenção*, e perspetivando a aquisição das competências específicas do EEESM.

Participámos, em contexto dos estágios II e III e na sequência da colaboração da equipa da UCC com um estabelecimento de ensino de Lisboa, na colheita de dados para um estudo a decorrer no concelho em ligação à temática do Suicídio, onde foi possível a realização de autópsias psicológicas das pessoas suicidas.

6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular

Em contexto profissional, recorrendo à observação e reflexão crítica das intervenções rotineiras ao nível da intervenção com a pessoa com necessidades ao nível da saúde mental, verificámos o desconhecimento dos profissionais de saúde relativamente a esta área de intervenção, muitas vezes com práticas e ideias estigmatizantes.

Muitas vezes a pessoa com doença mental é olhada pelos outros com incompreensão, desagrado e até mesmo desprezo pelo comportamento disruptivo, criando-se um ambiente propício ao estigma. Percecionando os olhares que a rodeiam, a pessoa com doença mental pode muitas vezes sentir-se marginalizada e os “ (...) seus sentimentos mais profundos sobre o que ele é podem confundir a sua sensação de ser uma “pessoa normal”, um ser humano como qualquer outro, uma criatura, portanto, que merece um destino agradável e uma oportunidade legítima.” (Goffman, 1961, p. 16)

Estes aspetos assumem especial importância, na medida em que se preconiza que o cuidados a prestar à pessoa com doença mental sejam desenvolvidos na comunidade, com o objetivo de evitar o afastamento do meio habitual e facilitar a sua inserção a nível social. (Assembleia da República, 1998)

Reconhece-se a nível da União Europeia que a saúde mental é um direito humano, que permite às pessoas usufruir de bem-estar, qualidade de vida e saúde, promovendo a formação, o trabalho e a participação ativa em sociedade, sendo o nível de saúde mental e de bem-estar da população um componente chave para o sucesso de sistema económico e social baseado no conhecimento. Ao mesmo tempo, constata-se que as doenças mentais são uma das causas mais frequentes de incapacidade com implicações significativas ao nível dos sistemas sanitário, educacional, económico laboral e social. (Organização Mundial de Saúde , 2008)

Sendo a saúde mental encarada como uma direito humano, com notáveis e desastrosas implicações a vários níveis na sociedade, torna-se imperativo desenvolver atitudes políticas por forma a considerar a saúde mental e o bem-estar como uma prioridade. As ações em prol da saúde mental e bem-estar das comunidades devem ser desenvolvidas em conjunto com os agentes políticos e parceiros da área da saúde, educação, setor social, justiça, organizações da sociedade civil e associações de pessoas com problemas de saúde

mental, aumentando o conhecimento sobre saúde mental e implementando intervenções específicas sensíveis à diversidade da população. (Organização Mundial de Saúde, 2008)

Importa aqui definir a saúde mental, e assumimos que esta traduz a vida social, emocional e o bem-estar espiritual na sua relação com a saúde em geral e com os estilos de vida adotados no quotidiano de cada indivíduo. A saúde mental proporciona aos indivíduos a vitalidade necessária para uma vida ativa, atingir metas e interagir uns com os outros num contexto de cidadania responsável e participada. (Gomes & Loureiro, 2013, p. 40)

A formação dos profissionais de saúde ao nível de intervenções culturalmente sensíveis continuam a ser tarefas desafiantes, principalmente no que diz respeito à saúde mental e bem-estar psicológico, tendo em conta que estes são conceitos pouco usuais ou revestidos de forte estigma em algumas culturas. (Moleiro & Gonçalves, 2010)

Concordámos que “as práticas de cuidar precisam de ser apresentadas e recuperadas (tornadas públicas por forma a que possam ser legitimadas e valorizadas) porque elas sustentam as relações de confiança que tornam a promoção da saúde, a sua restauração e a reabilitação possíveis.” (Benner, 2001, p. 16)

Neste sentido, e tendo em conta que o ingresso no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria suscitou curiosidade na equipa multidisciplinar, munimo-nos de estratégia para combate ao estigma. Dada a curiosidade e desconhecimento, vimo-nos inúmeras vezes na condição de palestrantes informais aquando das passagens de turno, das intervenções com as pessoas e até mesmo nas pausas para café. Disseminámos as temáticas lecionadas e os dados da evidência, promovendo a literacia em saúde mental na equipa multidisciplinar.

Aquando das comemorações do Dia do Enfermeiro 2013 na ULS na qual desenvolvemos a nossa atividade profissional, foi-nos possível realizar uma comunicação oral na qualidade de preletor (Anexo III), aceitando o convite realizado pelo Enfermeiro Supervisor e comissão organizadora das comemorações, na qual demos a conhecer o nosso PDA e disseminámos os resultados da evidência científica encontrada aquando da revisão de literatura relativa à temática “Problemática da Tentativa de Suicídio em contexto de Serviço de Urgência Geral”. (Apêndice VII)

Ao mesmo tempo, esta comunicação permitiu-nos divulgar o nosso trabalho e viabilizou o dar-mo-nos a conhecer, tanto a nível hospitalar com ao nível dos responsáveis

dos Centros de Saúde, oferecendo-nos como recurso para a avaliação, intervenção e referenciação da pessoa com necessidades identificadas ao nível da saúde mental.

CONCLUSÃO

O documento escrito apresentado em forma de relatório de Trabalho de Projeto pretendeu aglomerar aquilo que foi a nossa formação, reflexão e aquisição de competências ao longo da caminhada pelo Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, sistematizando e evidenciando as aprendizagens e competências adquiridas e incorporadas.

Tendo por base uma problemática vivenciada no dia-a-dia profissional geradora de angústia e inquietação e com recurso à metodologia de Trabalho de Projeto, definimos a questão de partida e delineámos os objetivos, procurámos a evidência, implementámos as intervenções com a pessoa em crise suicida aos três níveis de prevenção e enraizámos a curiosidade e ânsia pela busca incessante de novos conhecimentos e novas competências teórico-práticas, comunicacionais, relacionais e sociais, para agora nos considerarmos aptos a afirmar que adquirimos as competências específicas do EEESM e de Mestre em Enfermagem.

Algumas foram as dificuldades mas também muitos foram os facilitadores neste processo de aprendizagem. Algumas de ordem pessoal, outras de ordem profissional e outras, quem sabe, uma mistura que não se consegue bem delimitar onde acabava o pessoal e começava o profissional, porque o ser enfermeiro envolve tudo o que em nós existe. Apesar de alguns contratempos e do esforço físico e psíquico que projetos desta natureza exigem, sobressai a gratificação pela busca do conhecimento e pelo desenvolvimento pessoal e profissional.

Considerando o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, no qual a pessoa é definida enquanto cliente/sistema (pessoa, família, grupo, comunidade ou questão social) não podemos deixar de olhar para a pessoa como existindo em inter-relação com a comunidade. Sobressai a importância de manter a pessoa com necessidades identificadas ao nível da saúde mental inserida na sua comunidade, com a finalidade de manter a integridade do seu sistema de relações, bem como o seu ambiente familiar e social. A saúde é então considerada como um contínuo dinâmico entre bem-estar e mal-estar.

Sendo o suicídio considerado, a nível mundial, um problema de saúde pública reconhecido, com importantes repercussões ao nível socioeconómico na sociedade, torna-se

pertinente a implementação de intervenções ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, no sentido de oferecer respostas ao nível dos cuidados de saúde, baseadas na evidência científica.

A vida em sociedade, a coesão familiar, a ocupação laboral, o sentido de pertença a grupos bem como um papel ativo na comunidade onde se habita promove a autoestima e fomenta a elaboração de cognições positivas que potenciam o bem-estar inerente à saúde mental das pessoas. Tendo em conta que em muitas sociedades e muitas culturas o suicídio ainda é encarado com uma denotação negativa e estigmatizante, reforça-se o secretismo, aumentando os sentimentos de solidão, culpa e autodepreciação que muitas vezes se encontram por detrás das ideias de morte.

Para dar resposta à nossa questão de partida – **Como intervir com a pessoa em crise suicida aos três níveis de prevenção – prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária?** – encontrámos, após a realização da revisão de literatura com recurso aos princípios da revisão sistemática de literatura, respostas baseadas em evidência científica que possibilitam a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade às pessoas em crise suicida. Contudo, concluímos que tendo em conta a natureza do fenómeno, as suas causas múltiplas e a natureza única de cada pessoa que vivencia uma crise suicida, as intervenções que podem ser válidas e eficazes para uma pessoa poder-se-ão revelar completamente ineficazes para outra.

A crise suicida é descrita na literatura como resultado de desajustes ao nível social, e considerado como um fenómeno social geral, determinado por fatores biológicos, sociais, psicológicos, familiares, culturais e religiosos que afetam não só a pessoa mas tudo o que a rodeia, o que nos permite concluir que urge com a pessoa em crise suicida uma abordagem multidisciplinar, multiprofissional e sistémica, possibilitando uma resposta efetiva atendendo à complexidade de um fenómeno que se revela multifacetado.

No sentido de darmos resposta a uma inquietação que surgiu no decorrer da elaboração dos projetos – ***Que legitimidade temos nós de tentar impedir o suicídio de uma pessoa, que deliberadamente e em consciência decide por termo à própria vida?*** – baseámo-nos nos pressupostos legais, éticos e deontológicos descritos na Lei Constitucional n.º1/2005, de 12 de Agosto, na Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, Lei de Bases da Saúde, na Lei n.º36/98, de 24 de Julho, Lei da Saúde Mental, no Decreto-Lei n.º161/96, de 4 de Setembro, Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e no Código Deontológico

do Enfermeiro, e encontrámos fundamento para desenvolver intervenções com a pessoa em crise suicida, sem prejuízo dos seus direitos fundamentais enquanto ser humano.

Pelo exposto, e em época de grandes alterações nacionais ao nível do sistema macro, com todas as repercussões que podem daí advir, cogitamos que o EEESM, pelas suas competências e pela possibilidade de, na relação com a pessoa baseada na confiança, compreensão empática, relação de ajuda efetiva e pelo contacto com as necessidades ao nível dos cuidados que interferem com a saúde mental e bem-estar da pessoa, se encontra em posição privilegiada para intervir com a pessoa, família, grupos sociais e comunidade, no sentido de dar uma resposta abrangente e adaptada às necessidades em termos globais, em colaboração com outros profissionais, entidades e parceiros.

Explanámos assim as competências adquiridas e as atividades desenvolvidas no sentido da aquisição das competências de EEESM e de Mestre em Enfermagem. Construámos uma base sólida que nos permitirá percorrer novos caminhos e olhar novos horizontes, agora com conhecimentos mais sólidos e sistematizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Assembleia da República. (1990). Lei nº 48/90 de 24 de Agosto. Lei de Bases de Saúde. *Diário da República I Série*, 3452-3459.
- Abreu, K., Lima, M., Kohlrausch, E., & Soares, J. (2012). Comportamento Suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem, Volume 12 nº1*, pp. 195-200. Obtido de <http://www.fen.ufg.br/revista/v12n1/v12n1a24.htm>
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica: Uma perspectiva de desenvolvimento e de aprendizagem. 2ª Edição*. Coimbra: Almedina.
- Almeida, S., Guedes, P., Nogueira, J., França, U., & Silva, A. (2009). Investigação do risco para tentativa de suicídio em hospital de João Pessoa - PB. *Revista Eletrônica de Enfermagem, Volume 11 nº2*, pp. 383-389. Obtido de Revista Electronica de Enfermagem: <http://www.fen.ugf.br/revista/v11/n2/v11n2a20.htm>.
- American Psychological Association. (22 de Dezembro de 2009). *How Psychotherapy Works*. Obtido de American Psychological Association: <http://www.apa.org/news/press/releases/2009/12/wampold.aspx>
- Assembleia da República. (1998). Lei nº36/98 de 24 de Julho. Lei da Saúde Mental. *Diário da República Série I-A*, 3544-3550.
- Assembleia da República. (2005). Lei Constitucional nº1/2005 de 12 de Agosto. *Diário da República I Série-A*, 4642-4685.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70 Lda.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benter, S. (2001). Intervenção em Crises. Em G. Stuart, & M. Laraia, *Enfermagem Psiquiátrica - Princípios e Prática* (pp. 254-273). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Berrino, A., Ohlendorf, P., Duriaux, S., Burnand, Y., Lorillard, S., & Andreoli, A. (2011). Crisis intervention at the general hospital: An appropriate treatment choice for acutely suicidal borderline patients. *Psychiatry Research*, 186, 287-292.
- Bertole, J., Mello-Santos, C., & Botega, N. (Outubro de 2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32, pp. 87-95.

- Bilhim, J. (2001). *Teoria Organizacional - Estruturas e Pessoas*. Lisboa: Artes Gráficas Lda.
- Bleger, J. (1998). *Temas de Psicologia: Entrevista e Grupos*. 2ª edição. São Paulo: Martins Fontes.
- Botega, N., Reginato, D., Silva, S., Cascais, C., Rapeli, C., Mauro, M., & Stefanello, S. (27 de 04 de 2005). Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, pp. 315-318.
- Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Bragança, I. (Maio/Ago de 2011). Sobre o conceito de formação na abordagem (auto)biográfica. *Educação, Volume 34, n.2*, pp. 157-164.
- Cais, C., Silveira, I., Stefanello, S., & Botega, N. (2011). Suicide Prevention Training for Professionals in Public Health Network in a large Brazilian City. *Archives of Suicide Research. Routledge Taylor & Francis Group, Volume 15*, pp. 384-389.
- Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialho, J., & Sacadura, M. J. (2012). *O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade*. Lisboa: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa. Faculdade de Ciências Humanas. Universidade Católica Portuguesa.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of Knowing in nursing. *Advances in Nursing Scienc, Volume 1*, pp. 13-23.
- Carter, G., Page, A., Clover, K., & Taylor, R. (December de 2007). Modifiable Risk Factors for Attempted Suicide in Australian Clinical and Community Samples. *Suicide and Life-Threatening Behavior, Volume 37 nº6*, pp. 671-680.
- Carvalho, Á., Peixoto, B., Saraiva, C., Sampaio, D., Amaro, F., Santos, J., . . . Santos, N. (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Castro, A. (16 de 05 de 2011). *Revisão Sistemática e Meta-análise*. Obtido de Metodologia. Org: <http://www.metodologia.org>
- Catarino, H. B. (Jan de 2003). Contributos teóricos para a Investigação em Enfermagem – Aspectos Éticos da Investigação. *Sinais Vitais, nº46*, pp. 63-66.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica. Volume 1. Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta - Soc. Port. de Material Didáctico, Lda.

- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica Volume 2 Estratégias de Intervenção*. Loures: Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didático, lda.
- Chan, S., Chien, W.-t., & Tso, S. (2008). The qualitative evaluation of a suicide prevention and a management programme by general nurses. *Journal of Clinical Nursing*, Volume 17, 2884-2894.
- Christiansen, E., & Jensen, B. (2007). Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, pp. 257-265.
- Collière, M.-F. (1999). *Promover a Vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel: Edições Técnicas, Lda.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2007). *Ambientes favoráveis à prática: Condições no trabalho=Cuidados de qualidade*. Genebra: Conselho Internacional de Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2009). *Linhas de Orientação para Elaboração de Catálogos CIPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiros; Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. CIPE. Versão 2*. Santa Maria da Feira: Lusodidacta, Lda.
- Conselho Internacional dos Enfermeiros. (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Conwell, Y., & Brent, D. (1995). Suicide and aging: patterns of psychiatric diagnosis. *Int Psychogeriatr*(Volume 7 nº2), pp. 149-164.
- Cooper, j., Husain, N., Webb, R., Waheeb, W., Kapur, N., Guthrie, E., & Appleby, L. (12 de Julho de 2006). Self-harm in the UK. Differences between South Asians and Whites in rates, characteristics, provision of service and repetition. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, pp. 782-788.
- Craig, J., & Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência. Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Critical Appraisal Skills Programme. (05 de 12 de 2011). *CASPe*. Obtido de CASP (Critical Appraisal Skills Programme): <http://www.redcaspe.org/drupal/>

- Daigle, M., Pouliot, L., Chagnon, F., Greenfield, B., & Mishara, B. (October de 2011). Suicide Attempts: Prevention of Repetition. *The Canadian Journal of Psychiatry*, Volume 56 n°10, 621-629.
- Dedié, G. (2012). Model of Psychotherapeutic crisis intervention following suicide attempt. *Vojnosanit Pregl*, Volume 69 n°7, 610-615.
- Dedié, G., Djurdjevic, S., & Golubovic, B. (2010). Psychological assessment of persons following suicide attempt by self-poisoning. *Vojnosantitetski Pregled*, Volume 67 n°2, 151-158.
- Dieserud, G., Roysamb, E., Braverman, M., Dalgard, O., & Ekeberg, O. (2003). Predicting Repetition of Suicide Attempt: A Prospective Study of 50 Suicide Attempters. *Archives of Suicide Research*, Volume 7, pp. 1-15.
- Direcção Geral de Saúde. (2009). *Risco de Morrer em Portugal 2006 Volume I*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Durkheim, É. (2011). *O Suicídio. Estudo Sociológico*. Lisboa: Editorial Presença.
- Freese, B. (2004). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. Em A. Tomey, & M. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (pp. 336-375). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fundação Odemira. (s.d.). *Bolsa de valores Sociais*. Obtido em 01 de 01 de 2013, de A Vida Vale: www.bvs.org.pt/view/viewDoaProj01.php?cod=200
- Galfalvy, H., Oquendo, M., Carballo, J., Sher, L., Grunebaum, M., Burke, A., & Mann, J. (17 de February de 2006). Clinical predictors of suicidal acts after major depression in bipolar disorder: a prospective study. *Bipolar Disorders*, Volume 8, pp. 586-595.
- George, J. (2000). Betty Newman. Em J. George, *Teorias de Enfermagem. Os Fundamentos à Prática Profissional. 4ª Edição* (pp. 225-240). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Ghaleiha, A., Afzali, S., Bazyar, M., Khorsand, F., & Torabian, S. (2012). Characteristics o Hospitalized Patients Following Suicide Attempt in Hamadan District, Iran. *Oman Medical Journal*, Volume 27 n°4, 304-309.
- Goffman, E. (1961). *A Representação do Eu na Vida Cotidiana. 8ª Edição*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Gomes, J., & Loureiro, M. (11 de julho de 2013). O lugar da investigação participada de base comunitária na promoção da saúde mental. *Revista portuguesa de saúde pública*, pp. 32-48.

- Guerra, I. (1994). *Introdução à Metodologia de Projeto*. Lisboa. Obtido de <http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf>
- Hemingway, P., & Brereton, N. (Abril de 2009). *What is a systematic review?* Obtido de <http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/syst-review.pdf>
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem. Pensamento e Acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesketh, J., & Castro, A. (1978). Fatores correlacionados com a Tentativa de Suicídio. *Revista de Saúde Pública, Volume 12*, pp. 138-146.
- Higgins, J., & Green, S. (Março de 2011). *Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones*. Obtido de Centro Cochrane Iberoamericano : http://www.cochrane.es/files/handbookcast/Manual_Cochrane_510.pdf
- Hirdes, A., & Kantorski, L. (2004). Reabilitação Psicossocial: Objetivos, Princípios e Valores. *Revista de Enfermagem da Universidade de Enfermagem de Rio de Janeiro, Volume 12*, pp. 217-221.
- Hoifodt, T., Talseth, A.-G., & Olstad, R. (6 de Julho de 2006). *A qualitative study of learning processes in young physicians treating suicidal patients: from insecurity to personal pattern knowledge and self-confidence*. Obtido de BMC Medical Education: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/7/21>
- Honoré, B. (2002). *A Saúde em Projecto*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas Lda.
- Hvid, M., Vangborg, K., Sorensen, H., Nielsen, I., Stenborg, J., & Wang, A. (2011). Preventing repetition of attempted suicide - II. The Amager Project, a randomized controlled trial. *Nord J Psychiatry, Volume 65 n°5*, pp. 292-298.
- Imaginário, L. (Março de 2004). Andragogia. *Formar*, pp. 3-9.
- Infopédia, D. P. (10 de 12 de 2014). *Lingua Portuguesa com acordo ortográfico*. Obtido de Infopédia, Dicionários Porto Editora: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/proativo>
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Censos 2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Instituto Nacional de Estatística. (23 de 10 de 2012). *Portal do Instituto Nacional de Estatística*. Obtido em 20 de 01 de 2013, de Instituto Nacional de Estatística: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCo d=0003989&contexto=bd&selTab=tab2

- Instituto Nacional de Estatística. (17 de 10 de 2012). *Portal do Instituto nacional de Estatística*. Obtido em 20 de 01 de 2013, de Instituto Nacional de Estatística: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCo d=0001674&contexto=bd&selTab=tab2
- Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde. (2011). *2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica/ Saúde Mental e Psiquiatria , Guia de Curso, 1ºSemestre*. Setúbal.
- Johannessen, H., Dieserud, G., Jakhelln, F., Zahl, P.-H., & Leo, D. (27 de February de 2009). Changes in institucional psychiatric care and suicidal behaviour: a follow-up study of inpatient suicide attempters in Baerum, Norway. *Soc Psychiat Epidemiol*, 44, pp. 845-851.
- Josso, M.-C. (Set/Dez de 2007). A transformação de si a partir da narração de histórias de vida. *Educação*, pp. 413-438.
- Josso, M.-C. (Ago/Dez de 2009). Caminhar para Si: Uma Perspectiva de Formação de Adultos e de Professores. *Revista @mbienteeducação*, Volume 2, pp. 136-139.
- Josso, M.-C. (Jan/Abr de 2012). O corpo biográfico: o corpo falado e o corpo que fala. *Educação&Realidade*, Volume 37, n.1, pp. 19-31.
- Joyce, E. (1998). Stress e Adaptação. Em Sorensen, & Luckmann, *Enfermagem Fundamental* (pp. 329-370). Lisboa: Lusodidacta.
- Kaplan, H., Sadock, B., & Greeb, J. (2006). *Compêndio de Psiquiatria - Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 7ª Edição*. Porto Alegre: Artmed.
- Keller, M., & Werlang, B. (2005). Flexibilidade na resolução de problemas em tentadores de suicídio. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Volume 54 n°2, 128-136.
- Klein, M., & Guedes, C. (2008). Intervenção Psicológica a Gestantes: Contribuições do Grupo de Suporte para a Promoção da Saúde. *Psicologia, ciência e profissão*, Volume 28 n°4, pp. 862-871.
- Knapp, P. (2004). Princípios fundamentais da terapia cognitiva. Em P. Knapp, *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica* (pp. 19-41). Porto Alegre: Artmed Editora S.A.
- Knox, K., Conwell, Y., & Caine, E. (January de 2004). If Suicide Is a Public Health Problem, What Are We Doing to Prevent It? *American Journal of Public Health*, Volume 94 n°1, pp. 37-45.

- Kohlrausch, E., Lima, M., Abreu, K., & Soares, J. (Out-Dez de 2008). Atendimento ao comportamento suicida: concepções de enfermeiras de unidades de saúde. *Ciências Cuidados de Saúde, Volume 7 n°4*, pp. 469-475.
- Kron, T. (1983). *Liderazgo y administracion en enfermeria. 5ª Edição*. México: Nueva Editorial Interamericana.
- Kutcher, S., & Chehil, S. (2007). *Gestão de Risco de Suicídio. Um Manual para Profissionais de Saúde. 1ª Edição*. Portugal: Lundbeck Institute.
- Lakatos, E., & Marconi, M. (1992). *Metodologia de Trabalho Científico 4ª Edição*. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Leitão, L. (2003). Contratransferência: Uma revisão na literatura do conceito. *Análise Psicológica, Volume 2 n°XXI*, pp. 175-183.
- Leray, C. (Jan-Jun de 2008). História de vida Intercultural em formação de professores. *Revista da FAEBA – Educação e Contemporaneidade, Volume 17, n.29*, pp. 43-50.
- Lester, D. (2011). The Cultural Meaning of Suicide: What does that mean? *Omega, Volume 64 (1)*, pp. 83-94.
- Lopes, R., Lopes, M., & Camara, V. (Set/Dez de 2009). Entendendo a solidão do idoso. *RBCEH, Volume 6 n°3*, pp. 373-381.
- Luoma, J., Martin, C., & Pearson, J. (June de 2002). Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. *Am J Psychiatry, Volume 159 n°6*, pp. 909-916.
- Maine Suicide Prevention Program. (s.d.). *Maine.gov*. Obtido em 09 de 02 de 2013, de Maine Suicide Prevention Program: <http://www.maine.gov/suicide/about/riskprot.htm>
- Mann, J., Apter, A., Bertole, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., . . . Shaffer, D. (26 de October de 2005). Suicide Prevention Strategies. A Systematic Review. *American Medical Association, Volume 294 n°16*, pp. 2064-2074.
- Marquis, B., & Huston, C. (1999). *Administração e Liderança em Enfermagem. teoria e aplicação. 2ª edição*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Martins, R. (Abril de 2008). Depressão no Idoso. *Revista Millenium. Sprectrum*, pp. 119-123.
- Minayo, M., & Cavalcante, F. (2010). Suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura. *Revista de Saúde Pública, Volume 44, n°4*, pp. 750-757.

- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2006). Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março. *Diário da República - 1 Série-A*, 2242-2256.
- Ministério da Saúde. (1996). Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). *Diário da República I-Série A*, Nº205, 2959-2962.
- Ministério da Saúde. (2005). Princípios Orientadores para a Participação do Utente. Lisboa: Syntaxe; Pré&Press.
- Ministério da Saúde. (Julho de 2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Lisboa: Coordenação Nacional da Saúde Mental.
- Moleiro, C., & Gonçalves, M. (2010). Saúde na diversidade: Desenvolvimento de serviços de saúde mental sensíveis à cultura. *Análise Psicológica*, pp. 505-515.
- Monteiro, M. (2013). *A Metodologia de Trabalho Projecto*. Obtido em 16 de 03 de 2013, de Ciência Hoje: <http://www.cienciahoje.pt/35123>
- Moore, G. (1998). Necessidades Humanas. Em Sorensen, & Luckmann, *Enfermagem Fundamental* (pp. 307-328). Lisboa: Lusodidacta.
- Nabais, A. (Outubro de 2008). Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: âmbito e contextos. *Ordem dos Enfermeiros. Fazer jus à história preparando o futuro.*, Volume 30, pp. 38-43.
- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Nightingale, F. (1860). *Notes on Nursing: What it is, and What it is not*. New York: D. Appleton and Company.
- Novak, J. (1984). *Aprender a Aprender*. Lisboa: Plátano - Edições Técnicas.
- Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro*. Loures: Lusociência - Edições técnicas e científicas, Lda.
- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise dos Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Oliveira, A., Amâncio, L., & Sampaio, D. (4 (XIX) de 2001). Arriscar morrer para sobreviver. Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, pp. 509-521.
- Ordem do Enfermeiros. (Outubro de 2012). Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária. *Série 1 nº4*. Lisboa: Cadernos OE.

- Ordem dos Enfermeiros. (14 de Maio de 2001). Parecer CJ/20. *Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias*. Lisboa. Obtido em 25 de 03 de 2013, de http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CJ_20-2001.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (26 de Abril de 2006). *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido de www.ordemenfermeiros.pt: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Estatuto, Nova redacção conferida pela Lei n.º111/2009 de 16 de Setembro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Concetual, Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Regulamento n.º129/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. *Diário da República*, 8669-8673.
- Ordem dos Enfermeiros. (22 de Outubro de 2011b). Regulamento dos Padrões de Qualidade do cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Ordem dos Enfermeiros.
- Orden, K., Witte, T., Cukrowicz, K., Braithwaite, S., Selby, E., & Jr., T. J. (April de 2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychol Rev*, pp. 575-600. Obtido de National Institutes of Health.
- Organização Mundial de Saúde . (2006). *Prevenção do Suicídio. Um recurso para os conselheiros*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde . (2008). Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar. *Conferência Europeia de Alto Nível "Juntos pela Saúde Mental e Bem-estar"*. Bruxelas: Ministério da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2005). Livro de recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação. *Cuidar, sim - Excluir, não*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Passegi, M. (Maio/Ago de 2011). A experiência em formação. *Educação, Volume 34, n.2*, pp. 147-156.

- Patterson, & Eisenberg. (1988). *O processo de aconselhamento*. São Paulo: Livraia Martins Fontes Editora, Ltda.
- Pereira, C. (Junho de 2011). Risco Suicidário em Jovens: Avaliação e Intervenção em Crise. *PsiLogos, Volume 9*, pp. 11-23.
- Petri, A., Tondo, L., Sisti, D., Rocchi, M., & Girolamo, G. (2010). Correlates and antecedents of hospital admission for attempted suicide: a nationwide survey in Italy. *European Archive Psychiatric Clinic Neurocience*, 181-190.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas Lda.
- Ramos, S. (Fevereiro de 2008). *Introdução à Metodologia de Trabalho de Projeto*. Obtido de http://livre.fornece.info/media/download_gallery/recursos/metodologia_projecto/TIC-Metodologia-Projecto.pdf
- Ribeiro, P. (1997). *Psicoterapia Breve - Um Modelo Integrado*. Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Breve.
- Saias, t., Beck, F., Bodard, J., Guignard, R., & Roscoat, E. (October de 2012). Social Participation, Social Environment and Death Ideations in Later Life. *PLOS ONE, Volume 7 n°10*. Obtido de WWW.plosone.org
- Saini, P., Windfuhr, K., Pearson, A., Cruz, D., Miles, C., Cordingley, L., . . . Kapur, N. (2010). Suicide Prevention in primary care: General practioners' view on service availability. *BMC Research Notes*. Obtido de <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/3/246>
- Sampaio, D. (2000). *Tudo o que temos cá dentro*. Lisboa: Editorial Carminho.
- Saraiva, C. (1999). *Para-Suicídio*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Saraiva, C. (2010). Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica, Volume 31 n°3*, pp. 185-205.
- Sevastano, H., & Novo, D. (1981). Aspectos Psicológicos da Gestante sob o ponto de vista da Teoria do Núcleo do Eu. *Revista de saúde Pública, Volume 15*, pp. 101-110.
- Silva, M., & Costa, I. (2010). A rede social na intervenção em crise nas tentativas de suicídio: elos imprescindíveis da atenção. *Revista Tempus. Actas Saúde Colectâneas., Volume 4 n°1*, pp. 19-29.

- Silva, V., & Boemer, M. (2004). O suicídio em seu mostrar-se a profissionais de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem, Volume 06 nº02*, pp. 143-152. Obtido de www.fen.ufg.br
- Simões, A. (Julho de 2002). *O que é um Projeto?* Obtido em 16 de 03 de 2013, de Folha do Alcino: <http://www.prof2000.pt/users/folhalcino/aula/proj/oquee.htm>
- Simon, R. (2006). Suicide Risk. Assessing the Unpredictable. Em R. Simon, & R. Hales, *Textbook of Suicide Assessment and Management* (pp. 1-32). Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Simon, R., & Yamamoto, K. (Jul-Dez de 2008). Psicoterapia Breve Operacionalizada em Situação de Crise Adaptativa. *Mudanças - Psicologia da Saúde, Volume 16 nº2*, pp. 144-151.
- Sociedade Portuguesa de Suicidologia. (20 de 05 de 2009). *Como saberei se alguém com quem me preocupo tem pensamentos Suicidários?* Obtido de SPS. Sociedade Portuguesa de Suicidologia: http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com_content&view=article&catid=31&id=14&Itemid=41
- Sociedade Portuguesa de Suicidologia. (20 de Maio de 2009). *Então que tipo de fatores podem contribuir para alguém ter pensamentos suicidários?* Obtido em 09 de Fevereiro de 2013, de SPS. Sociedade Portuguesa de Suicidologia: http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=25:entao-que-tipo-de-factores-pode-contribuir-para-alguem-ter-pensamentos-suicidarios-&catid=31:geral&Itemid=28
- Sociedade Portuguesa de Suicidologia. (19 de Maio de 2009). *Sobre o Suicídio*. Obtido em 15 de 03 de 2013, de SPS. Sociedade Portuguesa de Suicidologia: http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=60:sobre-o-suicidio&catid=36:procura-apoio&Itemid=59
- Sociedade Portuguesa de Suicidologia. (07 de 01 de 2009). *SPS Sociedade Portuguesa de Suicidologia*. Obtido em 20 de 01 de 2013, de Tentativa de Suicídio e Para-suicídio: http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=61:tentativa-de-suicidio-e-para-suicidio&catid=36:procura-apoio&Itemid=59
- Strike, C., Rufo, C., Spence, J., Links, P., Bergmans, Y., Ball, J., & Rhodes, A. (Agosto de 2008). Unintended Impact of Psychiatric Safe Rooms in Emergency Departments:

- The Experiences of Suicidal Males With Substance Use Disorders. *Oxford University Press, Volume 8 n°3*, pp. 264-273.
- Stuart, G. (2001). O Modelo de Adaptação ao Estresse de Stuart. Em G. Stuart, & M. Laraia, *Enfermagem Psiquiátrica. Princípios e Prática. 6ª Edição* (pp. 97-113). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Stuart, G. (2001). Relacionamento terapêutico entre Enfermeiro e Paciente. Em G. S. Laraia, *Enfermagem Psiquiátrica. Princípios e Prática. 6ª Edição* (pp. 46-84). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Teixeira, L. (2010). *Solidão, Depressão e Qualidade de Vida em Idosos: um estudo avaliativo, exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, Lisboa.
- Timby, B. (2001). *Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem. 6ª Edição*. Porto Alegre: Artmed.
- Townsend, M. (2002). *Enfermagem Psiquiátrica. Conceitos de Cuidados. Terceira Edição*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Tsirigotis, K., Gruszczynski, W., & Lewik-Tsirigotis, M. (04 de 10 de 2012). *Manifestations of Indirect Self-destructiveness and Methods of Suicide Attempts*. Obtido em 01 de 12 de 2012, de Springerlink.com.
- Veiga, F., & Saraiva, C. (15 de Janeiro de 2009). *Suicídio em Portugal*. Obtido em 10 de Dezembro de 2012, de SPS. Sociedade Portuguesa de Suicidologia: http://www.spsuicidologia.pt/index.php?searchword=suic%C3%ADdio+em+portugal&ordering=newest&searchphrase=exact&Itemid=71&option=com_search
- Vilas-Boas, L. (11 de 12 de 2011). *O Julgamento Clínico no contexto do risco de suicídio*. Obtido de Psicologia.pt. O Portal dos Psicólogos: www.psicologia.pt
- Wasserman, D., Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D., . . . Carli, V. (2012). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European Psychiatry, Volume 27*, pp. 129-141.
- Wharff, E., Ginnis, K., & Ross, A. (Abril de 2012). Family-based Crisis Intervention with Suicidal Adolescents in Emergency Room: A Pilot Study. *Social Work, Volume 57 n°2*, pp. 133-143.
- World Health Organization. (31 de 08 de 2012). *World Health Organization*. Obtido em 20 de 01 de 2013, de Programmes and Projects. Suicide Prevention (SUPRE):

http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html

Wright, K., & McGlen, I. (2012). Mental health emergencies: using a structured assessment framework. *Learning zone. Continuing professional development*, 45-56.

Yin, R. (2001). *Estudo de caso. Planejamento e Métodos*. 2ª Edição. Porto Alegre: Bookman.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Artigo: “Decidiste Morrer! E Agora... É legítimo Intervirmos?”

DECIDISTE MORRER! E AGORA... É LEGÍTIMO INTERVIRMOS?

Joana Domingues Madeira

Enfermeira, Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde

Joaquim Manuel de Oliveira Lopes

Professor Doutor em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde

RESUMO

No decurso da concretização do nosso Projeto de Desenvolvimento Académico surgiu-nos a questão: *Que legitimidade temos nós de tentar impedir o suicídio de uma pessoa, que deliberadamente e em consciência decide por termo à própria vida?* Os achados decorrentes da revisão sistemática de literatura incitaram a ideia de que impera na pessoa em crise suicida *Não a vontade de morrer mas Sim a vontade de viver de outra forma.* Baseados nos pressupostos legais, éticos e deontológicos descritos na Lei Constitucional n.º1/2005, de 12 de Agosto, na Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, Lei de Bases da Saúde, na Lei n.º36/98, de 24 de Julho, Lei da Saúde Mental, no Decreto-Lei n.º161/96, de 4 de Setembro, Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e no Código Deontológico do Enfermeiro, encontramos fundamento para desenvolver intervenções com a pessoa em crise suicida, sem prejuízo dos seus direitos fundamentais enquanto ser humano.

Palavras-chave: Suicídio, tentativa de suicídio, crise suicida, prevenção do suicídio, enfermagem, ética e deontologia.

ABSTRACT

During the realization of our Academic Development Project a question has come up: *What legitimacy do we have to try to prevent the suicide of a person who deliberately and conscientiously decide to end his life itself?* The findings resulting from the literature review prompted the idea that *the person in suicidal crisis does not want to die, but wants to live in a different way.* Based on the legal, ethical and moral assumptions described in portuguese Constitutional Law n.º1/ 2005, of August 12th, Law N.º 48/90 of August 24th; “Lei de Bases da Saúde”, Law n.º36 / 98 of July 24th; “Lei da Saúde Mental”, Decree-Law n.º161 / 96, of September 4th; “Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro” and “Código Deontológico do Enfermeiro”, we found elements to develop interventions with the person in suicidal crisis without prejudice to their fundamental rights as human beings.

Keywords: Suicide, suicide attempt, suicidal crisis, suicide prevention, nursing, ethics and deontology.

INTRODUÇÃO

Ao longo da caminhada pela elaboração e concretização do Projeto de Desenvolvimento Académico, inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, ministrado pelo Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, em torno da temática do Suicídio e intitulado “Intervenção com a Pessoa em Crise Suicida ao Três Níveis de Prevenção – Prevenção primária, secundária e terciária” surgiu-nos uma questão inquietante: *Que legitimidade temos nós de tentar impedir o suicídio de uma pessoa, que deliberadamente e em consciência decide por termo à própria vida?*

Esta questão ganhou força na medida em que nos apareceu na literatura a definição do suicídio como sendo um ato de vontade própria, muitas vezes premeditado. No entanto, perdeu relevância quando constatámos que nada nos leva a crer que mudando as condições de vida da pessoa em crise suicida e implementando intervenções para tentar aliviar o sofrimento e angústia atrozes manifestados, a pessoa não redescubra a vontade de viver e delineie novos projetos de vida, extinguindo a sua vontade de autoextermínio.

Estas constatações permitiram-nos, não afirmar, mas indagar, que impera, na pessoa em crise suicida, *Não a vontade de morrer mas Sim a vontade de viver de outra forma.* Baseados nestas ideias, mergulhámos na consulta das premissas éticas e deontológicas que fundamentaram o nosso agir com a pessoa em crise suicida e sobre as quais nos debruçámos em reflexão constante. Pensamos que o enfermeiro, primariamente como pessoa e coadjuvado por ser um prestador de cuidados de saúde, detém não só legitimidade mas também o dever legal, ético e moral para intervir com a pessoa em crise suicida no sentido da prevenção do Suicídio.

DEFINIÇÃO DE SUICÍDIO

O suicídio é considerado na literatura com um fenómeno social em geral, dependente das causas “suicidogéneas” externas que agem sobre a pessoa, podendo ser definido como “todo o caso de morte que resulta directa ou indirectamente de um acto positivo ou negativo praticado pela própria vítima, acto que a vítima sabia dever produzir este resultado.” (Durkheim, 2011, p. 23)

Shneidman considerava o suicídio como o resultado da confluência de três fatores: *máximo de dor* (dor psicológica e frustração pela ausência das necessidades básicas psicológicas), *máximo de perturbação* (um

qualquer distúrbio de que são exemplo as distorções cognitivas ou automutilação) e *máximo de pressão* (relaciona-se com tudo o que está “fora e dentro” da pessoa, como os acontecimentos de vida e vivências). (Saraiva, 2010)

O suicídio apareceu-nos como um ato de vontade própria, uma decisão da pessoa sobre o momento de colocar fim à sua própria vida, no seguimento de comportamentos autodestrutivos. Poderíamos então falar de suicídio como sendo uma rápida e intempestiva interrupção da vida, por decisão voluntária da pessoa de não continuar a viver. (Neeb, 2000) “Este tema, que em tempos as pessoas preferiam ignorar, é agora uma questão de direitos civis. As pessoas reclamam o direito de escolha de pôr fim à sua vida quando a qualidade da mesma é inaceitável.” (Neeb, 2000, p. 297)

Infelizmente não nos é possível prever quem irá ou não cometer suicídio sendo-nos apenas permitido avaliar o risco de suicídio através da identificação dos fatores de risco e de proteção da pessoa, possibilitando com isto a sinalização das pessoas para as quais a probabilidade de vir a cometer suicídio é maior. Torna-se importante salientar que não é um único fator de risco ou protetor que determina ou evita o suicídio (Kutcher & Chehil, 2007). “Ao pensar em factores de risco e protectores para o suicídio, é importante pensar nestes factores agregados

e encará-los no contexto da experiência do doente.” (Kutcher & Chehil, 2007, p. 5)

Ressaltamos que a maioria das pessoas com ideação suicida ou que assumem comportamentos da esfera suicidária não morrerão por suicídio. A grande maioria escolherá viver a morrer (Kutcher & Chehil, 2007). Sampaio (2000, p. 152) diz-nos que

A auto destruição surge após múltiplas perdas, fragmentos de dias perdidos ao longo dos anos, rupturas, pequenos conflitos que se acumulam hora a hora, a tornar impossível olhar para si próprio. O suicídio é uma estratégia, às vezes uma tática de sobre vivência quando o gesto falha, tudo se modifica em redor após a tentativa. E quando a mão, certa, não se engana no número de comprimidos ou no tiro definitivo, a angústia intolerável cessa naquele momento e, quem sabe, uma paz duradoura preenche quem parte. Ou pelo contrário e talvez mais provável, fica-se na dúvida entre viver ou morrer, a cabeça hesita até ao último momento, quer-se partir e continuar cá, às vezes deseja-se morrer e renascer diferente.

Baseados nestas ideias, e com a premissa de que a pessoa em crise suicida e que tenta suicídio pode estar presente sentimentos ambivalentes entre o *Querer e Não Querer* viver ou morrer, assumimos que a alteração do contexto onde a pessoa está inserida pode fazer com que pessoa redescubra a

vontade de viver e delineie novos projetos de vida, extinguindo a vontade de autoextermínio.

QUESTÕES ÉTICAS E DEONTOLÓGICAS

De acordo com Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), Art. 4.º, a

Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. (Ministério da Saúde, 1996)

Concordamos que a Enfermagem tem como objetivo maior a manutenção, melhoramento e recuperação da saúde, promovendo a vida e a máxima capacidade funcional da pessoa, devendo o enfermeiro desenvolver intervenções, autónomas ou interdependentes, neste sentido.

Quando um enfermeiro decide e age, o seu procedimento reflete a intersecção entre a esfera profissional singular (dos saberes, capacidades e competências científicas, técnicas e humanas) e a

esfera da vida de Outro, sendo que o próprio cuidado que presta, na sua dimensão temporal, acontece num hoje, assumindo-se como concordante com o melhor *estado de arte*. (Nunes L. , 2011, p. 24)

Anunciado no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), Art.78.º, temos que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” definindo-se como “valores universais a observar na relação profissional” a “igualdade”, a “liberdade responsável com a capacidade de escolha tendo em atenção o bem comum”, a “verdade e a justiça”, o “altruísmo e a solidariedade” e a “competência e o aperfeiçoamento profissional”. (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 72)

Como “princípios orientadores da atividade dos enfermeiros”, descrevem-se “a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade” que decorre do mandato social que assumimos enquanto enfermeiros, “o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes” assumindo que todas as pessoas são clientes independentemente de serem ou não utilizadoras dos serviços de saúde e “a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais.” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 72)

São estes os princípios éticos gerais que o enfermeiro deve ter em conta aquando da intervenção com a pessoa em crise suicida. Segundo o REPE, “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos pelos cidadão.” (Ministério da Saúde, 1996)

A crise suicida aparece-nos na literatura como confluente de múltiplos fatores, entre os quais o sofrimento e a dor intolerável. “E, o sofrimento, o nosso e o dos outros, é algo que exige o maior respeito, a maior delicadeza. Só uma ética fundada no respeito pode ser uma ética orientada para a felicidade, a dignidade e a soberania do humano” (Ceitil, 2002, p. 518).

Falar em ética implica falar de duas realidades que estão por detrás dela: a “relação ao outro” e o modo como ela se estrutura e a codificação na relação ao outro (Ceitil, 2002), o que significa que “entrar no regime da ética implicará, sempre, a existência de códigos, normas regras e leis. Entrar no regime da ética significa modelar, con-figurar o regime primário, pulsional e desejante.” (Ceitil, 2002, p. 517)

Vejamos então quais são estas ditas leis, normas e códigos que poderão servir de base à intervenção do enfermeiro com um pessoa em crise suicida.

A Lei Fundamental da Constituição da República Portuguesa, Lei Constitucional

nº1/2005 de 12 de Agosto, é clara quando nos diz no Art. 64.º que “todos têm o direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”, efetivando-se

pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável (Assembleia da República, 2005).

Ao mesmo tempo, a Lei de Bases da Saúde, Lei nº47/90 de 24 de Agosto, Base I, reforça esta premissa fundamental, podendo ler-se que “a proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei” (Assembleia da República, 1990).

O enfermeiro, no exercício das suas funções e com respeito pelo direito da pessoa à vida, de acordo com o Art. 82.º do CDE, assume o dever de “atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias.” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 74)

Na Base XIV da Lei de Bases da Saúde assume-se que as pessoas têm o direito de “decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhe é proposta, salvo disposição especial da lei.” (Assembleia da República, 1990)

Na mesma linha de ideias, a Lei de Saúde Mental, Lei nº36/98 de 24 de Julho, Artigo 5.º, enuncia que a pessoa que acorre dos serviços de saúde mental tem o direito de “ser informado, por forma adequada, dos seus direitos, bem como do plano terapêutico proposto e seus efeitos previsíveis”, “receber tratamento e proteção, no respeito pela sua individualidade e dignidade” e “decidir receber ou recusar intervenções diagnósticas e terapêuticas propostas, salvo quando for caso de internamento compulsivo ou em situações de urgência em que a não intervenção criaria riscos comprovados para o próprio ou para terceiros.” (Assembleia da República, 1998)

Assumimos, aquando da intervenção com a pessoa em crise suicida, que a dignidade da pessoa humana é questão fulcral dos direitos humanos fundamentais, dizendo respeito ao ser humano, ancorando a autonomia, o respeito pelas escolhas livres e esclarecidas e respeitando as diferenças de opinião e convicções. A dignidade humana existe por si só, sendo impossível de

conferir, permitindo-nos apenas fazer o seu reconhecimento. (Nunes L. , 2011)

A defesa da liberdade de escolha responsável e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro e liberdade de escolha responsável leva-nos a pensar em questões ligadas à autonomia para a tomada da decisão, tanto da pessoa em crise suicida como do enfermeiro, bem como nas questões ligadas à responsabilidade.

A significação geral da autonomia diz respeito “a capacidade humana de dar leis a si próprio ou a condição de uma pessoa ou de uma coletividade, capaz de determinar por ela mesma a lei à qual se submete” (Nunes, 2006, p. 2).

Podemos então pensar que a autonomia do enfermeiro acarreta as leis às quais se submete quando assume o compromisso perante a sociedade, o pacto social, de agir de acordo com as leis da profissão, da Enfermagem, assumindo portanto as leis de uma coletividade.

No que diz respeito à pessoa em crise suicida, podemos pensar a sua autonomia como a a capacidade de dar leis a si mesma, sob o ponto de vista das suas preferências e livre escolha, contudo as suas “preferências” podem muito bem ser induzidas, razão pela qual uma preferência não é necessariamente uma *autêntica* preferência, quer dizer, fruto do exercício da autonomia pessoal” (Nunes, 2006, p. 3). Concordamos que “a reflexão sobre as

preferências, que pode ter o resultado de fazer mudar, após uma análise racional e imparcial, a preferência que pensámos antes” (Nunes, 2006, p. 3).

São estas ideias que nos levam a pensar que, com a pessoa em crise suicida, no exercício da sua autonomia, a intervenção deve ser direccionada no sentido da construção desta reflexão sobre a preferência de “morrer”, no sentido de potenciar a possibilidade da sua alteração.

Não podemos deixar de constatar que a pessoa em crise suicida incorre em riscos comprovados para si, na ausência de intervenção. A intervenção do enfermeiro deve ser baseada no Artigo 2.º da Lei da Saúde Mental, onde se pode ler que

a proteção da saúde mental efetiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social em que vive. (Assembleia da República, 1998)

Quando iniciamos a profissão, assumimos cuidar daqueles que nos foram confiados através do pacto social. Responsabilizamo-nos de agir de determinado modo, com a defesa da liberdade e da dignidade humana. O agir eticamente incitou-nos a repensar as nossas ações e tratando-se de um agir

profissional, passou a ser-nos exigida “a abertura dialógica ao outro, mesmo que tal acabe por suscitar, em cada um de nós, uma inquietação constante no que se refere à análise de Si” (Nunes L. , 2011, p. 107).

Neste sentido, o enfermeiro que intervém com a pessoa em crise suicida deve advogar o dever de se abster “de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 74) tal como se reitera no Art.81.º do CDE e de acordo com o que se assume no Art. 82.º que nos diz que o enfermeiro assume o dever de “recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano e degradante” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 74).

O enfermeiro deve portanto empregar esforços para desmistificação dos mitos em relação ao suicídio no sentido da destigmatização e prevenção de comportamentos de censura em contexto profissional para com a pessoa em crise suicida, tendo em conta que, e de acordo com a Base XVI da Lei de Bases da Saúde, “a formação e aperfeiçoamento profissional, incluindo a formação permanente, do pessoal de saúde constituem um objetivo fundamental a prosseguir” e não esquecendo a “(...) a preocupação da mellhor utilização dos recursos disponíveis e, em todos os casos,

orientar-se no sentido de incutir nos profissionais o respeito pela vida e pelos direitos das pessoas e dos doentes como o primeiro dever que lhes cumpre observar.” (Assembleia da República, 1990)

Emerge nesta reflexão a humanização dos cuidados, como sendo tornar mais humanas todas as ações e os atos profissionais que ligam as pessoas e que ligam o enfermeiro à pessoa em crise suicida. No CDE, Art. 89.º podemos ler que “o enfermeiro sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.”. (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 78)

Neste sentido, e dando resposta ao respeito pelo direito à autodeterminação, Art. 84.º do CDE, o enfermeiro assume com a pessoa em crise suicida o dever de “informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 76), ao mesmo tempo que assumimos o dever de, de acordo com o Art. 82.º do referido código, “participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida.” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 74)

Respeitando a obrigação de “guardar segredo profissional sobre o que toma

conhecimento no exercício da sua profissão”, tal como descrito no Art. 85.º do CDE, e considerando confidencial todas as informações acerca da pessoa em crise suicida, o enfermeiro deve partilhar “a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e da família, assim como os seus direitos” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 76), empregando estratégias e reunindo condições para dar resposta às necessidades identificadas da pessoa.

Em concordância com estas premissas aparece-nos a Base XIII, da Lei de Bases da Saúde, que nos diz que “deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carecidas e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes.” (Assembleia da República, 1990)

CONCLUSÃO

Nas constatações apresentadas encontrámos a resposta para nossa inquietação inicial, que se prendia em preservar o direito da pessoa em crise suicida à sua liberdade de escolha entre *viver ou morrer*, e encontrámos fundamento ético,

deontológico e legal para com ela desenvolver as nossas intervenções, sem prejuízo dos seus direitos fundamentais enquanto ser humano.

O respeito incondicional pela vida e pela dignidade humana assume especial relevo

aquando da intervenção do enfermeiro com a pessoa em crise suicida no sentido da prevenção do suicídio, preservando os direitos do Homem na sua essência e promovendo a vida em sociedade com a qualidade devida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Assembleia da República. (1990). Lei nº 48/90 de 24 de Agosto. Lei de Bases de Saúde. *Diário da República I Série*, 3452-3459.
- Assembleia da República. (1998). Lei nº36/98 de 24 de Julho. Lei da Saúde Mental. *Diário da República Série I-A*, 3544-3550.
- Assembleia da República. (2005). Lei Constitucional nº1/2005 de 12 de Agosto. *Diário da República I Série-A*, 4642-4685.
- Ceítal, M. (2002). A possibilidade de uma ética da soberania em reabilitação e inserção social. *Análise Psicológica, Volume 3 n.XX*, pp. 517-525.
- Durkheim, É. (2011). *O SUICÍDIO. ESTUDO SOCIOLOGICO*. Lisboa: Editorial Presença.
- Kutcher, S., & Chehil, S. (2007). *Gestão de Risco de Suicídio. Um Manual para Profissionais de Saúde. 1ª Edição*. Portugal: Lundbeck Institute.
- Ministério da Saúde. (1996). Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). *Diário da República I-Série A, N°205*, 2959-2962.
- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Nunes, L. (2006). Autonomia a responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. *II Congresso da Ordem dos Enfermeiros: "O Enfermeiro e o Cidadão: compromisso (d)e proximidade"* (p. 12 páginas). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 15 de Setembro de 2013, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Paginas/IICongressoOE.aspx>
- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Estatuto, Nova redacção conferida pela Lei n.º111/2009 de 16 de Setembro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Sampaio, D. (2000). *Tudo o que temos cá dentro*. Lisboa: Editorial Carminho.

Saraiva, C. (2010). Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica, Volume 31 nº3*, pp. 185-205.

APÊNDICE II – Guião de Entrevista

GUIÃO ENTREVISTA AVALIAÇÃO INICIAL

NOME: _____

IDADE: _____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____

PROFISSÃO: _____

HISTÓRIA DE VIDA (Modelo de Desenvolvimento de Eric Erikson)

História clínica pregressa e atual

História clínica familiar

FATORES *STRESSORES*

Intrapessoais (Ocorrem no indivíduo) **Interpessoais** (entre o indivíduo e outros) **Extrapessoais** (fora de indivíduo)

SENTIMENTOS E EMOÇÕES

PRESENÇA DE IDEIAS SUICIDAS

ESTRATÉGIAS DE *COPING* USADAS ANTERIORMENTE PARA RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS SEMELHANTES (caso tenham existido)

EXPETATIVAS QUANTO AO INTERNAMENTO

EXPETATIVAS FUTURAS/OBJETIVOS DE VIDA

EXAME MENTAL:

- Descrição Geral_____
- Humor e Afeto_____
- Fala_____
- Perturbações da percepção_____
- Pensamento_____
- Sensório e Cognição_____
- Controle de impulsos_____
- Julgamento e *Insight*_____
- Confiabilidade_____

**APÊNDICE III – Proposta de formulário de avaliação de referenciação da
pessoa em crise suicida**

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO E REFERENCIAÇÃO DA PESSOA EM CRISE SUICIDA

Nome: _____

Sexo/Gênero: _____

Estado Civil: _____

Filhos: _____ Residência (filhos): _____

Coabitação: _____

Naturalidade: _____

Área de Residência: _____

Contacto Telefónico: _____

Centro de Saúde de Referência: _____

Pessoa Significativa: _____

Contacto Telefónico: _____

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO CASO:

FATORES DE RISCO:

Fatores Psicopatológicos	
<input type="checkbox"/> Depressão, esquizofrenia, alcoolismo, toxicodependência e perturbações da personalidade	<input type="checkbox"/> Comportamentos suicidários prévios
<input type="checkbox"/> Modelos suicidários: familiares, pares sociais, histórias de ficção e/ou situações noticiadas pelos média	<input type="checkbox"/> Ameaça ou ideação suicida com plano elaborado
Fatores Pessoais	
<input type="checkbox"/> Idade entre 15-24 anos ou mais de 45	<input type="checkbox"/> Escolaridade elevada
<input type="checkbox"/> Sexo masculino, Leucodérmico	<input type="checkbox"/> Presença de doenças terminais (exemplo: HIV, cancro)
<input type="checkbox"/> Morte do cônjuge ou de amigos íntimos	<input type="checkbox"/> Hospitalizações frequentes, psiquiátricas ou não
Fatores Psicológicos	
<input type="checkbox"/> Ausência de Projetos de Vida	<input type="checkbox"/> Perdas precoces de figuras significantes (pais, irmãos, cônjuge, filhos)
<input type="checkbox"/> Desesperança contínua e acentuada	<input type="checkbox"/> Ausência de crenças religiosas
<input type="checkbox"/> Culpabilidade elevada por atos praticados ou experiências passadas	<input type="checkbox"/> Família atual desagregada: por separação, divórcio ou viuvez
Fatores Sociais	
<input type="checkbox"/> Habitar em meio urbano	<input type="checkbox"/> Falta de apoio familiar e/ou social
<input type="checkbox"/> Desemprego	<input type="checkbox"/> Reforma
<input type="checkbox"/> Mudança de residência	<input type="checkbox"/> Acesso fácil a agentes letais, tais como armas de fogo ou pesticidas
<input type="checkbox"/> Emigração	

FATORES PROTETORES:

Fatores Protetores	
<input type="checkbox"/> Valores pessoais, normas proibitivas de suicídio e crenças fortes sobre o valor da vida	<input type="checkbox"/> Senso de controle pessoal
<input type="checkbox"/> Estilos de Vida (tomada de decisões, resolução de problemas, gestão da raiva, gestão de conflitos e habilidades sociais)	<input type="checkbox"/> Laços interpessoais fortes, particularmente com familiares e outros adultos que se preocupem
<input type="checkbox"/> Acesso a cuidados de saúde e ausência de doença	<input type="checkbox"/> Oportunidade de participar e contribuir em projetos e atividade da escola ou comunidade
<input type="checkbox"/> Rede de amigos e suporte social significativo	<input type="checkbox"/> Ambiente seguro e estável
<input type="checkbox"/> Crenças religiosas e espiritualidade	<input type="checkbox"/> Diminuído acesso a meios letais
<input type="checkbox"/> Medo saudável de comportamentos de risco, da dor	<input type="checkbox"/> Responsabilidades/deveres para com outros
<input type="checkbox"/> Esperança	<input type="checkbox"/> Animais de estimação
<input type="checkbox"/> Adesão aos tratamentos médicos	
<input type="checkbox"/> Bom controlo de impulsos	
<input type="checkbox"/> Auto-estima elevada	

AValiação de Risco de Suicídio: TASR

PERFIL DE RISCO INDIVIDUAL ☆	Sim	Não
Sexo masculino		
Idades 15-35		
Idade superior a 65		
História familiar de suicídio		
Doença médica crónica		
Doença psiquiátrica		
Suporte social deficitário/isolamento social		
Abuso de substâncias		
Abuso sexual/físico		
PERFIL DE RISCO DE SINTOMAS ☆☆	Sim	Não
Sintomas depressivos		
Sintomas psicóticos positivos		
Desesperança		
Desvalor		
Anedonia		
Ansiedade/Agitação		
Ataques de pânico		
Raiva		
Impulsividade		
PERFIL DE RISCO DE ENTREVISTA ☆☆☆	Sim	Não
Consumo recente de substâncias		
Ideação suicida		
Intenção suicida		
Plano suicida		
Acesso a meios letais		
Comportamento suicida prévio		
Para o doente, os problemas actuais parecem insolúveis		
Alucinações imperativas suicidas/violentas		
NÍVEL DO RISCO DE SUICÍDIO: Elevado <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/>		

Adaptado de Kutcher & Dr. Chehil (2005)

O que mudaria na sua vida? _____

Destino/Encaminhamento: _____ Enfermeiro/a: _____

APÊNDICE IV – Estudo de Caso



2º Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

“ESTUDO DE CASO”

ESTAGIO I – DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

Autora: Joana Isabel Domingues Madeira

Aluna nº110520005

Orientador: Prof. Joaquim Lopes

Fevereiro 2013

2º Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

“ESTUDO DE CASO”

ESTAGIO I – DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

Autora: Joana Isabel Domingues Madeira

Aluna nº110520005

Orientador: Prof. Joaquim Lopes

Fevereiro 2013

SUMÁRIO

	p.
INTRODUÇÃO.....	3
1 - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA.....	5
2 - COLHEITA DE DADOS.....	6
2.1 - ENTREVISTA INICIAL.....	6
2.1.1 - História de Vida Pessoal.....	7
2.1.2 - Antecedentes Pessoais.....	10
2.1.3 - Internamento Atual.....	10
2.1.4 - Exame Mental.....	11
2.2 - HISTÓRIA DE VIDA PESSOAL ANALISADA À LUZ DO MODELO DE DESENVOLVIMENTO DE ERIC ERIKSON.....	13
2.3 - HISTÓRIA DE VIDA PESSOAL ANALISADA À LUZ DO MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEWMAN.....	18
3 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	21
4 - IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES.....	27
4.1 - DIAGNÓSTICOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM – CIPE.....	28
5 - INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DE ENFERMAGEM.....	35
6 - ANÁLISE REFLEXIVA DA INTERAÇÃO.....	37
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

INTRODUÇÃO

O presente estudo de caso insere-se no âmbito do Estágio I em contexto do 2º Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, a decorrer no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.

Tendo por base o Modelo de Sistemas de Betty Newman, consideramos os seus conceitos e pressupostos na avaliação e identificação das necessidades da pessoa, a partir das quais se elaboram os diagnósticos e intervenções de enfermagem a desenvolver com a pessoa de acordo com a Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE).

Para Robert Yin “os estudos de caso representam a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo “como ” e “por que”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenómenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real.” (Yin, 2001)

Assim, e tendo em conta que o suicídio é um fenómeno cujas características são dependentes das características pessoais da pessoa que o comete, torna-se pertinente a análise pormenorizada de caso clínico no sentido de identificar os fatores que poderão estar na base da tentativa de suicídio, bem como identificar os principais problemas e definir as intervenções de enfermagem com a pessoa, de acordo com as suas reais necessidades.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a cada ano cerca de um milhão de pessoas morrem de suicídio, sendo que a taxa de suicídio global situa-se em 16/100000 habitantes ou uma morte a cada 40 segundos. Nos últimos 45 anos as taxas de suicídio cresceram cerca de 60% em todo o mundo, encontrando-se o suicídio entre as três principais causas de morte em idades compreendidas entre os 15-44 anos. Estima-se que as tentativas de suicídio sejam 20 vezes mais frequentes que o suicídio. Estima-se que o suicídio contribuiu para 1,8% da carga global de doença em 1998 e é estimada em cerca de 2,4% para o ano 2020. (World Health Organization, 2012)

A nível Europeu, Portugal encontra-se entre os países com taxas mais baixas de suicídio a nível global. De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística, a taxa de mortalidade por lesões auto-provocadas intencionalmente em Portugal no ano de 2009 situa-se nos 9,9 e em 2010 foi de 10,3 (por 100.000 habitantes). Em 2011, registaram-se, com esta causa, 1012 óbitos em Portugal. (Instituto Nacional de Estatística, 2012).

De acordo com estes dados, podemos considerar a atualidade e pertinência desta temática ao nível dos cuidados de saúde, com crescentes implicações quer a nível sócioeconómico quer ao nível de saúde geral da população.

Definimos como objetivo geral: Adquirir conhecimentos teórico-práticos, baseados na evidência para intervenção na crise com a pessoa com Ideação Suicida ou Tentativa de Suicídio; desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. No que diz respeito a objetivos específicos, pretendemos: adquirir um significativo conhecimento da pessoa e “caso” em estudo; analisar o “caso” à luz das teorias existentes, interpretando os dados colhidos e compreendendo-os; realizar propostas de intervenção para acompanhamento do “caso”, tendo por base as intervenções específicas do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria; descrever intervenções terapêuticas realizadas; proporcionar reflexão crítica sobre as intervenções implementadas e seus benefícios para a pessoa em estudo.

Este trabalho encontra-se estruturado em sete pontos: Identificação da Pessoa, Colheita de Dados; Enquadramento Teórico, Identificação das Necessidades, Intervenção Terapêutica de Enfermagem, Análise Reflexiva da Interação e Considerações Finais.

1 – IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA

Nome: Sr.^a E. G.

Idade: 39 anos

Data Nascimento: 03/09/1973

Estado Civil: casada

Coabitação: Marido e dois filhos (16 e 10 anos)

Atividade Laboral: Desempregada

Nacionalidade: Portuguesa

Naturalidade: Lisboa

Residência: Baixa da Banheira

Habilitações Literárias: 10^a ano de escolaridade. Não terminou 11^o ano

Rendimentos Económicos: Atividade laboral não estável do marido

Pessoas Significativas: Marido e mãe

Sistema de Saúde: Serviço Nacional de Saúde

Data de Internamento: 24/01/2013

2 – COLHEITA DE DADOS

Assumimos que “as trocas que se desenrolam entre os profissionais de saúde e os seus clientes assumem formas muito diversificadas que vão da conversa informal à entrevista formal, do encontro único aos encontros múltiplos desenvolvidos ao longo de vários meses, em algumas situações ao longo de vários anos, como é o caso da psicoterapia expressiva” (Chalifour, 2009, p. 57)

Considerando o contexto, a pessoa e os recursos disponíveis, optámos pelo uso da observação direta da pessoa, dos registos de enfermagem, dos registos institucionais, do genograma e da entrevista semiestruturada cujo guião com aspetos a considerar foi elaborado à luz dos pressupostos e conceitos do Modelo de Sistemas de Betty Newman, para proceder à colheita de dados.

Bleger considera a entrevista como um instrumento fundamental e como uma técnica de investigação com procedimentos próprios ou regras empíricas, com os quais se verifica e aplica o conhecimento científico. A entrevista é um meio muito difundido e com múltiplos objetivos, entendendo-se a entrevista psicológica como aquela em que se procuram objetivos psicológicos (investigação, diagnóstico e terapia por exemplo). (Bleger, 1998)

Referimos que são tidos em conta os aspetos éticos e deontológicos inerentes a um estudo desta natureza, respeitando a confidencialidade dos dados e o anonimato da pessoa alvo do estudo.

2.1 – ENTREVISTA INICIAL

Debrucemo-nos sobre a entrevista como uma forma de encontro entre o enfermeiro e a pessoa, que visa uma intervenção mais ou menos elaborada mas é sempre um ato intencional, com objetivos e finalidades delineadas.

2.1.1 - História de Vida Pessoal

Período Perinatal (até 1 mês): Nasceu no Hospital Santa Maria, parto eutócico, de termo, de uma gravidez programada e desejada, mas com complicações que não sabe especificar. Refere que mãe sofreu de “*infecção grave*” durante a gravidez. É filha única

referindo “*a minha mãe tinha risco de os filhos virem malformações*”. Não sabe especificar se foi ou não amamentada pela mãe.

Primeira infância (0-5anos): Não frequentou pré-primária. Ficou em casa com a mãe que não trabalhava. Não sabe especificar com que idade começou a falar, controlar os esfíncteres e a andar.

Segunda Infância (6-11anos): Frequentou escola primária no Cacém. Por volta dos 8 anos começou a ser seguida em consultas de Psicologia porque não brincava com as outras crianças, isolava-se. Refere que “*a psicóloga disse aos meus pais que não valia a pena andarem a gastar dinheiro em consultas porque eu não falava*”. Nesta altura o pai adoeceu, com patologia cardíaca, diz “*tinha cardiopatia hipertrófica, até hoje ficam parvos de como eu me lembro deste palavrão*” e recorda-se de ouvir falar de risco de morte do pai. Refere “*Pensava muito na doença do meu pai, tinha medo que ele morresse*”

Mudou de residência aos 10 anos, referindo que foi um momento complicado porque “*não queria perder os amigos que tinha*”. Foi viver para a “*margem sul*” e refere que a adaptação há nova escola não foi fácil pela dificuldade que tinha em fazer amigos. Diz “*Isso fez-me mal*”.

Refere que não tinha muito boas notas na escola mas nunca reprovou.

Adolescência (12-20anos): Relata “*Não vivi a minha adolescência*”, dizendo que só saía de casa com os pais, não por proibição dos pais mas por livre vontade. Refere “*Não tinha amigos*”. Descreve a relação com os pais como muito boa e gostava muito de estar com eles.

Estudou até aos 17 anos, interrompendo a escola a meio do 11º ano de escolaridade na sequência de um Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE). Conta “*Caiu-me uma coisa na cabeça e não fui ao médico... no dia a seguir desmaiei na escola e fui ao médico... tinha TCE e fiquei internada...*” “*Mas fugi... disse a um médico que o meu médico tinha dito que me dava alta mas se tinha esquecido de assinar os papéis e ele assinou-me a alta... queria ir com os meus pais para casa...*”. Depois deste internamento já não voltou à escola.

Primeiro namorado aos 16 anos, com quem namorou +/- 2 anos. Começou a trabalhar aos 18 anos, como administrativa num banco, que refere “*gostava muito*”. Começou a namorar com o ex-marido aos 18 anos, com o qual casou aos 20 anos.

História de vida atual:

Engravidou do primeiro filho com 22 anos. Gravidez desejada e planeada. Em 1996 fez a primeira tentativa de suicídio na sequência que violência doméstica. Descreve a relação com o ex-marido como *“muito má”*. Aos 28 anos engravidou do 2º filho, não planeada e não desejada. Relata *“tomei uma medicação que cortou o efeito da pílula e engravidei...”*

Divorciou-se em 2008, após agressão (violência doméstica) verbal e física. Diz *“agarrei nas coisas e saí de casa com as coisas na mão”* *“Nunca disse nada aos meus pais...”*

Nesta altura deixou os filhos com o pai, mas as crianças optaram por ir viver com a mãe. *“O mais pequenino dizia não gostar do pai porque me viu levar uma estalada...”*

Trabalhava num hotel e ao mesmo tempo era proprietária de uma pastelaria, onde tinha empregados *“mas eles só me roubaram e deixaram-me cheia de dívidas”*. *Deixei o emprego no hotel, foi trabalhar para a pastelaria, paguei as dívidas e quando acabei de pagar tudo saí de lá...”*

Começou a trabalhar numa oficina de automóveis, como administrativa *“mas o meu patrão achava que eu ia ser mais que empregada e quando eu comecei a namorar com o meu marido, despediu-me...”*

Em 2010 começou a namorar o atual marido e casou em Agosto de 2012. Descreve a relação com o atual marido como muito boa mas *“ele pergunta todos os dias onde está a mulher sorridente e bem-disposta que eu conheci... ele diz todos os dias que já não vê um sorriso quando chega a casa...”*

Descreve a relação entre o atual marido e os filhos como muito boa dizendo *“Eles agora já nem querem saber de mim, quando precisam de alguma coisa pedem logo a ele...”*

Atualmente está desempregada e diz *“passo os dias a fazer o que é preciso lá em casa”* *“Não saio de casa porque em 6 meses o meu marido teve 2 acidentes. O primeiro não tinha arranjo, e agora o segundo, não temos dinheiro para pagar...”*

Refere ainda que *“o meu cunhado disse que oferecia a boda do casamento, que era a prenda dele, e quando foi para pagar disse que não tinha dinheiro... Tive de usar o dinheiro das prendas para pagar a boda e fiquei sem dinheiro para o carro...”*

Menciona *“Acho que a minha vida não tem jeito nenhum, não posso sair de casa porque não tenho carro... não quero estar sempre a depender dos outros...”*

Expõe que identifica no filho de 10 anos comportamentos de impulsividade e irritabilidade muito idênticos aos dela e sente-se culpada. Refere que a criança está a ser acompanhada em consultas de Psicologia.

Descreve o filho de 16 anos como revoltado dizendo *“Agora pedi para ser internada porque ele disse-me: Eh pá, estás mal, poe-te bem... já chega...”*

Conta que em casa tudo a incomoda, o barulho, as luzes, as brincadeiras dos filhos, *“até a borracha de apagar me faz confusão... e começo logo a gritar com eles...”* Evidencia o fato de ficar irritada e referindo sentimento de raiva quando os filhos desarrumam a casa *“Ando sempre a arrumar tudo, gosto de tudo arrumado, e quando eles chegam é a bagunça”*

Quando questionada acerca de estratégias usadas anteriormente para resolução de problemas semelhantes, refere que a maioria dos internamentos no Departamento de Psiquiatria e Saúde mental foram em consequência de problemas semelhantes, e ideias de suicídio, referindo que *“quando estou mais em baixo começam logo a vir-me estas ideias à cabeça”*

Não tem projetos para o futuro nem vê forma de resolver os seus problemas.

Espera que no decorrer do internamento seja capaz de *“Aliviar, esvaziar a cabeça... sair daqui sem estas ideias”*. Quanto aos técnicos, refere que *“não podem resolver os meus problemas, eu só preciso de descansar e arrumar a minha cabeça...”*

2.1.2 – Antecedentes Pessoais

Patologia da tiroide não especificada. Seguida em consulta de Psiquiatria desde 1996, por Perturbação Estado-Limite (*Borderline*) da Personalidade, que foi diagnosticada após a 1ª tentativa de suicídio.

Depois deste episódio, refere que já esteve várias vezes internada pela mesma razão. Entre Novembro e Janeiro, documentam-se dois internamentos por ideação suicida com risco de passagem ao ato, 03/11/2012 a 07/11/2012 e 29/11/2012 a 11/01/2013.

Interrupção voluntária de gravidez a 30 de Agosto 2012. Gravidez não programada.

Medicação Habitual:

- Lamotrigina 200mg ao jantar;
- Akineton 4-R-1;
- Clozapina 150mg ao jantar;
- Venlafaxina 150mg de manhã;

- Diazepan 5mg pequeno-almoço e jantar

2.1.3 – Internamento Atual

Internamento atual a 24/01/2013 por ideação suicida com risco de passagem ao ato, angústia marcada com uma semana de evolução e descompensação da doença de base.

A mãe refere que *“Numa vez cheguei eu a tempo, estava com uma lâmina na outra chegou o filho e estava nos comprimidos... Está muito bem e depois faz aquilo, de um momento para o outro...”*

Referia ainda alucinações visuais, zoópsias (mosquitos muito pequenos) sem evidência de ciclo circadiano. Relata na primeira entrevista *“minha cabeça parece que vai rebentar”* com intolerância ao ruído. Diz *“Não me apetece tratar da roupa, é para deitar para o lixo...”* Revelou comportamentos de autoagressão, mordendo a roupa da cama que descreve como impulsivos para controlo de angústia. Apresentava neste dia desinvestimento na relação com os filhos e referia insónia inicial.

Referência a anorexia sem perda ponderal quantificada. Saía de casa apenas por insistência da mãe, com muita pressão. Desvaloriza ausência do marido por motivos laborais. Apresentou episódios de enurese noturna.

Avaliação Médica Inicial (24/01/2013): vígil e orientada. Atenção captável e fixável. Manicura exuberante. Olhar parado, hipomímia. Lentificação motora. Discurso lacónico, aprosódico. Humor deprimido, tensa (adejo nasal). Afetos pouco reativos. Sem alterações do conteúdo do pensamento. Sensopercepção zoopsias? Insónia inicial.

25/01/2013 – Mantém alucinações visuais (mosquitos)

27/01/2013 – Refere *“Estou aqui para limpar a cabeça”*

Medicação instituída (28/01/2013):

- | | |
|------------------------------|-------------------------------------|
| • Clozapina 100mg 22h | • Prometazina 50mg (IM) SOS |
| • Diazepan 5mg 10h, 14h, 20h | • Venlafaxina 75mg (caps) 22h |
| • Flurazepan 30mg (comp) SOS | • Lamotrigina 200mg (comp) 14h, 22h |
| • Haloperidol 5mg (amp) SOS | • Etinilestradiol + Gentodeno 10h |

2.1.4 – Exame Mental

Descrição Geral (Aparência, comportamento e atividade motora, atitude acerca de examinador)

Aparência saudável, cuidada, unhas pintadas mas exuberantes, bons cuidados de higiene, cabelo pintado. Olhar triste.

Postura tensa (adejo andar), andar lento, sem aparente lentificação motora. Não se observam tiques nem maneirismos, expressões faciais congruentes com o discurso, comunicação não-verbal em concordância com comunicação verbal.

Atitude cooperativa, amigável, atenta e interessada, esboça sorrisos. *Rapport* (compreensão e aceitação entre enfermeiro-pessoa) estabelecido de forma aceitável.

Humor e Afeto (Humor, Afeto e Adequação)

Humor deprimido e desesperançado, mas esboçando sorrisos quando recorda momentos felizes da vida pregressa.

Fácies triste, afeto constrito.

Adequação das respostas emocionais da Sr.^a E. ao contexto do assunto que estava a expressar.

Fala

Velocidade normal do discurso verbal, normalmente responsivo às questões colocadas.

Perturbações da Perceção

Ausência de alucinações ou ilusões no momento de entrevista a 28/01/2013

Pensamento (Processo ou forma do pensamento, conteúdo do pensamento)

Pensamento lógico e coerente, sem alterações de processo.

Quanto ao conteúdo, nega ideação suicida de momento mas apura-se obsessão por ideias isolamento social.

Sensório e cognição (Alerta e nível de consciência, orientação, memória, concentração, pensamento abstrato, fundo de informações e inteligência)

Consciente, orientada auto e alo psiquicamente, memórias recente, imediata e remota mantidas, atenção captável e fixável, concentrada nas perguntas que lhe são realizadas, discurso verbal pobre.

Controle de Impulsos

Apresenta crítica para a situação de tentativa de suicídio com comportamento social adequado de momento. Refere comportamentos de impulsividade no domicílio com os filhos, referindo “à mínima coisa começo logo aos gritos e a atirar com as coisas...”

Julgamento e *Insight*

Compreende o resultado do seu comportamento mas não é influenciado por essa compreensão. Deixa transparecer que se voltar a experienciar os mesmos sentimentos e emoções, voltará a ter o mesmo comportamento. *Insight* intelectual com ausência de *insight* emocional, já que deixa transparecer que os seus padrões comportamentais não estão totalmente alterados, embora a sua compreensão e consciencialização da doença estejam presentes.

Confiabilidade

Relata a ideiação suicida, o plano não estruturado, referindo os diferentes momentos em que foi interrompida pela mãe e filho. Revela confiabilidade no entrevistador.

2.2 - HISTÓRIA DE VIDA PESSOAL ANALISADA À LUZ DA TEORIA DE ERIK ERIKSON

Erik Erikson, psicanalista, baseando-se na psicologia freudiana, acreditava que a personalidade não dependia apenas das experiências infantis mas também da idade adulta, formulando uma Teoria do Desenvolvimento Humano, cobrindo todo o ciclo vital, desde a primeira infância até à velhice e senescência, fundamentando-se no conceito de epigénese. O princípio epigenético evoca que o desenvolvimento humano ocorre por estágios bem

definidos e sequenciais, sendo que o desenvolvimento ocorrerá sem problemas se cada estágio for satisfatoriamente resolvido (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2006). “De acordo com o modelo epigenético, caso não ocorra a resolução eficaz de um determinado estágio, todos os estágios subsequentes refletirão este fracasso, na forma de um desajuste físico, cognitivo, social ou emocional.”(Kaplan, Sadock, & Grebb, 2006, p. 252)

Erikson enuncia oito estágios do Ciclo Vital, sendo eles: Estágio 1 (0-1ano) – Confiança Básica *versus* Desconfiança Básica; Estágio 2 (1-3anos) – Autonomia *versus* Vergonha e Dúvida; Estágio 3 (3-5anos) – Iniciativa *versus* Culpa; Estágio 4 (6-11anos) – Indústria *versus* Inferioridade; Estágio 5 (11-20anos) – Identidade *versus* Difusão de Papéis; Estágio 6 (21-40anos) – Intimidade *versus* Isolamento; Estágio 7 (40-65anos) – Generatividade *versus* Estagnação; Estágio 8 (mais 65 anos) – Integridade *versus* Desespero. (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2006)

Tendo em conta estes estágios, analisamos a história de vida da Sr.^a E. à luz desta Teoria de Desenvolvimento. Após análise e reflexão em torno dos estágios de desenvolvimento descritos na Teoria de desenvolvimento de Erik Erikson, poderemos indagar acerca dos estágios que a Sr.^a E não ultrapassou de forma positiva.

ESTÁGIO 1 – CONFIANÇA BÁSICA *versus* DESCONFIANÇA BÁSICA (0-1 ano)

Kaplan, Sadock, & Grebb (2006) evidenciam que, nesta fase, a boca é a zona mais sensível do corpo. O ato de procurar o mamilo, sugar e ingerir o alimento satisfaz as necessidades básicas do bebé. A mãe que atende assiduamente a esta necessidade induz a confiança no bebé de que as suas necessidades serão satisfeitas, favorecendo uma expectativa positiva do mundo ao bebé. Se a mãe não for atenta, o bebé desenvolverá desconfiança quanto à satisfação das suas necessidades e poderá tornar-se desconfiado.

Por volta dos seis meses dá-se a crise oral. Com o desenvolvimento da dentição e o impulso de morder, a criança começa a perceber a sua capacidade de influenciar o mundo externo e um senso de si mesmo como separado do ambiente quando constata a retirada do seio quando morde com muita força. Se a confiança básica for forte, a criança desenvolve esperança, otimismo e confiança. “Uma mãe afetiva, carinhosa, ou a mãe substituta que ofereça cuidados consistentes e de alta qualidade, oferece a base para o desenvolvimento da confiança” (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2006, p.254)

A Sr.^a E. não consegue especificar se foi amamentada pela mãe, mas a referência a comportamentos na idade adulta de morder a roupa da cama, descritos como impulsivos para alívio da angústia, pode-nos fazer indagar acerca da não resolução satisfatória deste estágio.

2º ESTÁGIO – AUTONOMIA *versus* VERGONHA E DÚVIDA (de 1 aos 3 anos, aproximadamente)

Kaplan, Sadock, & Grebb (2006, p.254) descrevem que “a autonomia envolve o senso de domínio da criança sobre si mesma e sobre os seus impulsos. Os bebês adquirem um sentimento de que são separados dos outros.”

Segundo a Teoria de Desenvolvimento de Erikson, neste estágio a criança consegue reter ou eliminar as suas fezes, apercebendo-se de que pode com isto controlar a mãe. Ao sentir que controla aquilo que a rodeia, desenvolve o sentimento de autonomia. Pais que elogiarem as capacidades da criança contribuem para a sua autonomia repercutindo-se em satisfação, autoconfiança e autoestima. Pais demasiado repressivos e demasiado protetores podem potenciar o desenvolvimento de sentimentos de raiva, dúvida e vergonha. A não resolução deste estágio positivamente pode potenciar perfeccionismo, comportamentos delinquentes e delírios persecutórios associados à desconfiança. (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2006)

A Sr.^a E não consegue especificar, concretamente, os acontecimentos desta época, não recordando as questões da autonomia, e dos elogios dos pais quanto às suas capacidades. Também não consegue precisar com que idade começou a controlar os esfíncteres ou a andar.

Apesar de não conseguirmos, de forma fidedigna, avaliar se este estágio foi ou não ultrapassado de forma positiva, a referência a enurese noturna na idade adulta (aquando da admissão no presente internamento), podemos indagar que poderá ter ocorrido alguma dificuldade nesta fase, que agora se manifesta. Ao mesmo tempo, o facto de na adolescência preferir sair de casa com os pais e não sair com os amigos, referindo não ter amigos, poder-nos-á levar a supor que o desenvolvimento da autonomia não foi ultrapassado de forma positiva.

3º ESTÁGIO – INICIATIVA versus CULPA (3-5 anos)

À chegada aos 3 anos de idade surge a capacidade da criança iniciar atividades motoras e intelectuais, sendo a autonomia reforçada pela liberdade física que lhes é dada e pela satisfação da sua curiosidade. Pais que façam as crianças sentir os seus comportamentos e interesses desadequados podem fazer emergir sentimentos de culpa pelos comportamentos por elas iniciados, podendo impedir o desenvolvimento de todo o seu potencial e interferir com o senso de ambição que deve ser desenvolvido nesta fase. (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2006)

A criança neste estágio, “brincando com os seus pares, aprende a interagir com outras pessoas. Se as fantasias agressivas foram adequadamente manejadas (nem punidas nem encorajadas), a criança desenvolve um senso de iniciativa e ambição.” (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2006, p.254)

Para Erikson, é no final deste estágio que a consciência (superego) é estabelecida, onde a criança aprende que existem limites para os comportamentos e que os impulsos agressivos podem ser expressados de forma construtiva. Crianças que desenvolvam um superego demasiado poderoso (qualidade do tudo-ou-nada), em adultos podem exigir que os outros adotem os seus códigos morais, podendo tornar-se perigosas para si mesmas e para os outros. (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2006)

Tendo em conta que a SR.^a E. refere que foi seguida em consultas de Psicologia por não brincar com as outras crianças e evidencia na idade adulta impulsividade nos seus atos, com agressividade para consigo e para com os filhos, podemos indagar que este estágio não foi ultrapassado de forma positiva.

4º ESTÁGIO – INDÚSTRIA versus INFERIORIDADE (6 - 11 anos)

Segundo a Teoria do Desenvolvimento de Erikson, neste estágio a criança inicia a participação em um programa organizado de aprendizagem, prevalecendo a interação com os pares. Será nesta altura que a criança aprende que é capaz de fazer coisas, aprendendo habilidades adultas, a indústria. A inferioridade pode surgir em consequência de discriminação na escola, superproteção em casa ou dependência excessiva de apoio emocional da família (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2006). “A criança produtiva aprende a ter

prazer no trabalho e o orgulho de fazer alguma coisa bem ” (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2006, p. 254)

Pelos dados fornecidos, não temos informação suficiente acerca deste estágio. Contudo, a Sr^a E. refere que não brincava com as outras crianças e que, inclusive, foi acompanhada em consultas de psicologia por esta razão. O facto de mudar de escola e de amigos também é referido como tendo sido um factor stressante. Refere ainda que ouvia falar da doença do pai e “*tinha medo que ele morresse*”, podendo-se deduzir que ocorreu dependência excessiva de apoio emocional da família potenciados pelos sentimentos de possível perda. Tendo em conta estes dados, poderemos indagar que este estágio poderá não ter sido ultrapassado positivamente.

5º ESTÁGIO – IDENTIDADE *versus* DIFUSÃO DE PAPÉIS (11 anos até ao final da Adolescência)

A identidade, segundo a Teoria de Desenvolvimento que se adota, “é definida como as características que estabelecem quem é o indivíduo e para onde está indo. A identidade saudável é construída a partir da passagem bem sucedida pelos estágios anteriores” (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2006, p. 254), influenciada pela confiança, autonomia, iniciativa e indústria e implica um senso de solidariedade com os valores de ideais do grupo social. A identificação com pais saudáveis também se revela facilitadora deste processo.

Na adolescência há referência a uma moratória psicossocial entre a infância e a idade adulta, onde se testam vários papéis, podendo levar ao abandono da escola e recomeço posterior, com possível alteração de valores morais que levam por fim à consolidação de um sistema ético com moldura organizacional coerente. No final da adolescência ocorre a crise de identidade normativa, que quando não ultrapassada positivamente pode originar difusão de papéis “caracterizada por não possuir um senso de *self* e por uma confusão acerca do próprio lugar no mundo” (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2006, p. 255), podendo manifestar-se por alterações no comportamento e fugas de casa.

De acordo com os dados colhidos com a Sr^a E., no que diz respeito ao abandono da escola a meio do 11ºano de escolaridade sem retorno posterior e sem referência a causa significativa, à manipulação do médico aquando do internamento no TCE para ter alta clínica, e à presença da doença do pai que não permite a identificação com pais saudáveis, podemos indagar que também este estágio não terá sido ultrapassado de forma positiva.

6º ESTÁGIO – INTIMIDADE versus AUTO-ABSORÇÃO OU ISOLAMENTO (21 - 40 anos)

O sucesso ou fracasso deste estágio dependem da forma como os estágios anteriores foram ultrapassados, e de como o jovem adulto interage com o ambiente. As crises de identidade não resolvidas não permitem os relacionamentos, as amizades e as associações profundas, permanecendo em um estado continuado de confusão de papéis. (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2006)

Neste estágio, em que a Sr.^a E. se encontra, podemos verificar, pelos dados recolhidos, que foi vítima de violência doméstica, não mantém atividade laboral estável, e não tem rede social (amigos) de suporte. Aos 39 anos de idade, podemos especular que também este estágio, à semelhança e em consequência das dificuldades encontradas nos estágios anteriores, não será ultrapassado de forma positiva.

2.3 – HISTÓRIA DE VIDA PESSOAL ANALISADA À LUZ DO MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEWMAN

No seu Modelo de Sistemas de Betty Newman sintetiza o conhecimento de diversas disciplinas, englobando as suas crenças filosóficas e conhecimento em enfermagem clínica, especialmente em Enfermagem de Saúde Mental. (Freese, 2004)

A teórica considera a saúde como um contínuo dinâmico entre bem-estar e mal-estar, em diferentes graus e em determinada altura, sendo que o bem-estar se caracteriza pela satisfação das necessidades do sistema total (variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento), surgindo a doença aquando da não satisfação das necessidades, com consequente desarmonia entre as partes do sistema. (Freese, 2004)

Principais pressupostos do Modelo de Sistemas de Betty Newman

Enfermagem: profissão que se relaciona com todas as variáveis que afetam a pessoa. A perceção da enfermeira acerca dessas variáveis, influencia os cuidados prestados.

Pessoa: enquanto cliente/sistema (pessoa, família, grupo, comunidade ou questão social). O sistema é visto como um composto dinâmico de inter-relações entre os fatores fisiológicos,

psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento, em constante mudança e em interação recíproca com o ambiente.

Saúde: Contínuo de Bem-Estar ao Mal-Estar, dinâmico, e sujeito a mudança.

Ambiente: fatores internos e externos que rodeiam e interagem com a pessoa e o ambiente. Os *stressores* (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) são descritos como forças ambientais que interagem e podem alterar a estabilidade do sistema, e fazem parte do ambiente.

Principais conceitos do Modelo de Sistemas de Betty Newman

PRINCIPAIS CONCEITOS	DEFINIÇÕES
Abordagem da Totalidade da Pessoa	Abordagem dinâmica e aberta do cuidar, permitindo a compreensão do cliente (pessoa, família, grupo, comunidade ou assunto) em interação com o ambiente. <i>Totalidade:</i> cliente visto como um todo, cujas partes estão em interação dinâmica, coexistindo com variáveis (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento) suscetíveis de afetar o seu sistema.
Sistema Aberto	Os seus elementos trocam energia de informação dentro da sua organização. Tem como componentes básicos o <i>stress</i> e a reação ao <i>stress</i> .
Estrutura Básica	Estrutura nuclear composta pelos fatores básicos de sobrevivência comuns ou recursos de energia (características inatas ou genéticas).
Ambiente	Forças internas ou externas que afetam ou são afetadas pelo cliente, a qualquer altura.
Ambiente Criado	Mobilização inconsciente, por parte do cliente, das variáveis do sistema no sentido da integração, integridade e estabilidade do sistema.
Stressores	Estímulos produtores de tensão, que ocorrem dentro das barreiras do sistema do cliente: forças intrapessoais (na pessoa), forças interpessoais (entre uma ou mais pessoas), forças extrapessoais (fora da pessoa)
Linhas de Defesa Normal, Flexível e de Resistência	<i>Linha de Defesa Normal:</i> estado de estabilidade para a pessoa ou sistema. Preservado no tempo e funciona como padrão para avaliar os desvios do habitual Bem-Estar da pessoa (inclui padrões de <i>coping</i> , estilo de vida e estágio de desenvolvimento). <i>Linha de Defesa Flexível:</i> Entendida como amortecedor, “para-choques” protetor para impedir que os <i>Stressores</i> interfiram no estado de Bem-Estar normal. <i>Linha de Resistência:</i> Fatores de recurso para ajudar a pessoa a lutar contra o <i>stressor</i> .
Grau de Reação	Energia necessária para a pessoa se ajustar ao <i>stressor</i> .
Prevenção enquanto Intervenção	<i>Intervenções:</i> ações intencionais que visam ajudar a pessoa a reter, atingir e/ou manter a estabilidade do sistema. Prevenção Primária (quando se suspeita ou identifica um <i>stressor</i> , sem ainda ter ocorrido reação), Prevenção Secundária (intervenções iniciadas após ocorrência de sintomas de <i>stress</i>) e Prevenção Terciária (centra-se no reajustamento com vista à estabilidade do sistema da pessoa)
Reconstituição	Estado de adaptação aos <i>stressores</i> no ambiente interno e externo

Adaptado de Freese (2004) in Tomey & Alligood (2004)

Aplicando o Modelo de Sistemas de Newman à história de vida atual da Sr^a E., podemos identificar:

Stressores Intrapessoais:

- Distúrbio da Personalidade;
- Tentativas de suicídio anteriores;
- Sentimento de abandono (pelos filhos);
- Desesperança “*a minha vida não tem jeito nenhum*”;
- Sentimento de culpa;
- Irritabilidade;
- Ausência de Projetos de Vida;
- Hospitalizações frequentes
- Impulsividade.
- Perturbação da Personalidade *Borderline*;
- Comportamento suicidário prévio.

Stressores Interpessoais:

- Ausência de rendimentos económicos. Depende financeiramente de outro
- Isolamento Social/ Rede social ausente;
- Conflitos familiares principalmente com filho adolescente;
- Não estabeleceu relações sociais saudáveis na adolescência, ausência de pertença a grupos

Stressores Extrapessoais:

- Ausência de ocupação laboral;
- Acesso fácil a meios letais (medicação diária);
- Habita em meio urbano;
- Marido não tem ocupação laboral estável, baixo rendimento económico familiar

As linhas de defesa normal e flexível da Sr.^a E. encontram-se comprometidas, no sentido em que não consegue gerir a angústia, impulsividade e agressividade causadas pelos *stressores*, levando a um ambiente criado impregnado de desesperança e falta de objetivos de vida, com isolamento social e abandono de atividade lúdicas. A linha de resistência não é eficaz uma vez que as estratégias de *coping* usadas anteriormente para a resolução de problemas semelhantes (tentativas de suicídio) não foram eficazes para proporcionar uma reconstituição que permitisse o crescimento e desenvolvimento.

Assim, a Sr.^a E. está sujeita à ação dos diversos *stressores* (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais), causando desequilíbrio no sistema por ação dos mesmos ao nível da estrutura básica, causando a doença na pessoa.

3 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O suicídio como sendo “todo o caso de morte que resulta directa ou indirectamente de um acto positivo ou negativo praticado pela própria vítima, acto que a vítima sabia dever produzir este resultado”. (Durkheim, 2011, p. 23) Considera-se que o suicídio como um fenómeno social em geral, dependendo das causas suicidogêneas externas que agem sobre o indivíduo, e que cada sociedade tem uma tendência para o suicídio que lhe é específica e que depende das consequências ou das vantagens que poderão advir da morte voluntária. (Durkheim, 2011)

Lester refere que os aspetos culturais relativos ao suicídio poderão ser clarificados através de entrevistas a amostras significativas de indivíduos de diferentes culturas a fim de aceder às diferentes atitudes em torno do suicídio (Lester, 2011).

Orden, Witte, Cukrowicz, Braithwaite, Selby, & Jr. referem que a forma mais perigosa de desejo de morrer ocorre quando se encontram presentes dois contrutos interpessoais em simultâneo, como sendo: frustração do sentimento de pertença e percepção como um fardo, em associação com a desesperança. A capacidade para cometer o suicídio pode ser potenciada por repetidas exposições a dor física e experiências indutoras de medo. (Orden, Witte, Cukrowicz, Braithwaite, Selby, & Jr., 2010)

O suicídio aparece então como um ato de vontade própria, uma decisão da pessoa sobre o momento de colocar fim à sua própria vida, no seguimento de comportamentos autodestrutivos. Podemos então falar de suicídio como sendo uma rápida e intempestiva interrupção da vida, por decisão voluntária da pessoa de não continuar a viver. “Este tema, que em tempos as pessoas preferiam ignorar, é agora uma questão de direitos civis. As pessoas reclamam o direito de escolha de pôr fim à sua vida quando a qualidade da mesma é inaceitável.” (Neeb, 2000, p. 297)

Kaplan, Sadock, & Grebb, (2006, p. 753) referem que “O suicídio não é um ato aleatório ou sem finalidade. Pelo contrário, trata-se do escape de um problema ou crise que está causando, invariavelmente, intenso sofrimento, estando associado com necessidades frustradas ou não satisfeitas, sentimentos de desesperança e desamparo, conflitos ambivalentes entre a sobrevivência e um estresse insuportável, um estreitamento das opções percebidas e uma necessidade de fuga; a pessoa suicida emite sinais de angústia.”

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a cada ano morrem de suicídio cerca de um milhão de pessoas, sendo que a taxa de suicídio global situa-se em 16/100000 habitantes ou uma morte a cada 40 segundos. Nos últimos 45 anos as taxas de suicídio cresceram cerca de 60% em todo o mundo, encontrando-se o suicídio entre as três principais causas de morte em idades compreendidas entre os 15-44 anos. Estima-se que as tentativas de suicídio sejam 20 vezes mais frequentes que o suicídio. Estima-se que o suicídio contribuiu para 1,8% da carga global de doença em 1998 e é estimada em cerca de 2,4% para o ano 2020. (World Health Organization, 2012)

A nível Europeu, Portugal encontra-se entre os países com taxas mais baixas de suicídio a nível global. De acordo com os dados estatísticos do Instituto Nacional de Estatística, a taxa de mortalidade por lesões auto-provocadas intencionalmente em Portugal no ano de 2009 situa-se nos 9,9 e em 2010 foi de 10,3 (por 100.000 habitantes). Em 2011, registaram-se, com esta causa, 1012 óbitos em Portugal. (Instituto Nacional de Estatística, 2012)

Segundo a Sociedade Portuguesa de Suicidologia, existem fatores de ordem psicopatológica, pessoal, psicológica e social que se impõem como fatores de risco ou facilitadores do Suicídio, sendo eles (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2009):

Fatores psicopatológicos:

- Depressão, esquizofrenia, alcoolismo, toxicodependência e perturbações da personalidade;
- Modelos suicidários: familiares, pares sociais, histórias de ficção e/ou situações noticiadas pelos média;
- Comportamentos suicidários prévios;
- Ameaça ou ideação suicida com plano elaborado.

Fatores Pessoais:

- Idade entre 15-24 anos ou mais de 45;
- Sexo masculino, Leucodérmico;
- Morte do cônjuge ou de amigos íntimos;
- Escolaridade elevada;
- Presença de doenças terminais (exemplo: HIV, cancro);
- Hospitalizações frequentes, psiquiátricas ou não.

Fatores Psicológicos:

- Ausência de Projetos de Vida;
- Desesperança contínua e acentuada;
- Culpabilidade elevada por atos praticados ou experiências passadas;
- Perdas precoces de figuras significantes (pais, irmãos, cônjuge, filhos);
- Ausência de crenças religiosas;
- Família atual desagregada: por separação, divórcio ou viuvez.

Fatores Sociais:

- Habitar em meio urbano;
- Desemprego;
- Mudança de residência;
- Emigração;
- Falta de apoio familiar e/ou social;
- Reforma;
- Acesso fácil a agentes letais, tais como armas de fogo ou pesticidas.

No que diz respeito a fatores que aparecem como protetores para o Suicídio, segundo *Maine Suicide Prevention Program*, podemos salientar:

- Valores pessoais, normas proibitivas de suicídio e crenças fortes sobre o valor da vida;
- Estilos de Vida (tomada de decisões, resolução de problemas, gestão da raiva, gestão de conflitos e habilidades sociais);
- Acesso a cuidados de saúde e ausência de doença;
- Rede de amigos e suporte social significativo;
- Crenças religiosas e espiritualidade;
- Medo saudável de comportamentos de risco, da dor;
- Esperança;
- Adesão aos tratamentos médicos;
- Bom controlo de impulsos;
- Auto-estima elevada;
- Senso de controle pessoal;

- Laços interpessoais fortes, particularmente com familiares e outros adultos que se preocupem;
- Oportunidade de participar e contribuir em projetos e atividade da escola ou comunidade;
- Ambiente seguro e estável;
- Diminuído acesso a meios letais;
- Responsabilidades/deveres para com outros;
- Animais de estimação. (Maine Suicide Prevention Program)

TENTATIVA DE SUICÍDIO

Durkheim (2011) define a tentativa de suicídio como sendo um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, como o conhecimento pela pessoa de que pode provocar a morte, mas que é interrompido antes que a morte ocorra. Na mesma linha de ideias, a Sociedade Portuguesa de Suicidologia refere que a tentativa de suicídio é uma ação levada a cabo por uma pessoa, com o objetivo da sua morte mas que por variadas razões não é alcançada, podendo-se então encarar como um suicídio frustrado. (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2009)

Temos ainda que “a tentativa de suicídio engloba todo o acto ou gesto não fatal de auto-mutilação ou auto-envenenamento – definição que ainda assim é imprecisa pois, a intenção de morrer, subjacente aos actos descritos, é muito difícil de avaliar e quantificar.” (Oliveira, Amâncio, & Sampaio, 2001)

Os mecanismos psicológicos que levam à escolha do método para o suicídio são pouco conhecidos mas o método usado pode dar informação relevante acerca da motivação, funções psicológicas, formas de luta e objetivos, revelando informação acerca da personalidade do suicida. (Tsirigotis, Gruszczynski, & Lewik-Tsirigotis, 2012)

PERTURBAÇÃO ESTADO-LIMITE (BORDERLINE) DA PERSONALIDADE

A perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade é definida como um dos fatores de risco psicopatológicos para o suicídio (Ordem dos Enfermeiros, 2012) e

consequentemente como fator *stressor* de ordem intrapessoal, se considerarmos o Modelo de Sistemas de Betty Newman.

Segundo a DSM-IV-TR, define-se como “um padrão global de instabilidade no relacionamento interpessoal, auto-imagem e afectos, e uma impulsividade marcada com começo no início da idade adulta e presente numa variedade de contextos.” (American Psychiatric Association, 2006)

O diagnóstico é estabelecido de acordo com os seguintes critérios:

- 1) Esforços frenéticos para evitar ou abandono real ou imaginado. Nota: não incluir os comportamentos auto mutilantes e suicidas descritos no Critério 5;
- 2) Um padrão de relações interpessoais intensas e instáveis, caracterizadas por alternância extrema entre idealização e desvalorização;
- 3) Perturbação da identidade: instabilidade persistente e marcada da autoimagem ou do sentimento de si próprio;
- 4) Impulsividade pelo menos em duas áreas que são potencialmente autolesivas (gastos, sexo, abuso de substâncias, condução ousada, ingestão alimentar maciça). Nota: não incluir os comportamentos auto mutilantes ou suicidas descritos no Critério 5;
- 5) Comportamentos, gestos ou ameaças recorrentes de suicídio ou comportamento auto mutilante;
- 6) Instabilidade afetiva por reatividade de humor marcada (por exemplo, episódios intensos de disforia, irritabilidade ou ansiedade, habitualmente durando poucas horas e raramente mais do que alguns dias);
- 7) Sentimento crónico de vazio;
- 8) Raiva intensa e inapropriada ou dificuldades de a controlar (por exemplo, episódios de perda de calma, raiva constante, brigas constantes);
- 9) Ideação paranoide transitória reativa ao stresse ou sintomas dissociativos graves. (American Psychiatric Association, 2006)

É estimado que “a prevalência da Perturbação Estado-Limite da Personalidade seja de cerca de 2% na população em geral, cerca de 10% no ambulatório de saúde mental e cerca de 20% no internamento psiquiátrico. Sobe até 30% a 60% na população com Perturbações da Personalidade” (American Psychiatric Association, 2006, p. 708)

INTERVENÇÃO NA CRISE

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros a Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia Dialético-Comportamental demonstra evidência nível IB para intervenção na crise.

Uma das explicações encontradas para a ausência de evidência mais elevada prende-se com a recusa ou abandono dos tratamentos, podendo-se então concluir que é necessário desenvolver e testar a efetividade de psicoterapias individuais aquando da adoção de comportamentos da esfera suicidária, coma finalidade de evitar a sua repetição. É importante sobretudo definir intervenções que visem reduzir a gravidade dos fatores de risco estabelecidos para o comportamento da esfera suicidária, tais como, perturbação depressiva, ideação suicida, impulsividade, e potenciar os fatores protetores como o apoio familiar, capacidade de resolução de problemas, autoconceito. (Ordem dos Enfermeiros, 2012)

4 – IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES

A necessidade é definida como “a manifestação no organismo da carência (sentida ou não) de uma condição interna necessária ao seu bom funcionamento, desencadeando processos psicológicos e fisiológicos que se traduzem em comportamentos particulares, com vista a estabelecer um contacto com o ambiente para aí recolher, de forma simbólica ou real, a energia, informação ou matéria susceptíveis de compensar a deficiência.” (Chalifour, 2008, p. 74)

A partir dos dados colhidos através da entrevista inicial, foi possível identificar os principais fatores *stressores* que afetam o sistema da pessoa, o que nos permite identificar as principais necessidades da pessoa em termos de intervenção.

O objetivo semiológico da entrevista inicial com a pessoa que tenta suicídio, visa fundamentalmente a colheita de dados no que diz respeito “ fatores de risco e proteção (predisponentes e precipitantes), dados epidemiológicos, caracterização do ato, aspectos psicodinâmicos, antecedentes pessoais e familiares, modelos de identificação, dados sobre saúde física e rede de apoio social.” (Bertole, Mello-Santos, & Botega, 2010, p. 87)

Consideramos que a entrevista inicial se impõe como um momento propício para o levantamento das necessidades da pessoa, para que se possa proceder posteriormente à elaboração dos diagnósticos de enfermagem de acordo com a CIPE.

Esta abordagem inicial deve permitir o estabelecimento de um vínculo significativo entre o enfermeiro e a pessoa, potenciando a confiança e a partilha de emoções e sentimentos, no sentido da plena exposição das necessidades e implementação de intervenções tão ajustadas quanto as necessidades identificadas.

A identificação destas necessidades é claramente influenciada pela interpretação realizada pelo enfermeiro de todas as variáveis do sistema da pessoa, pelo que o enfermeiro deve ter em conta as suas crenças, ideais e sentimentos, bem como as suas reações e emoções perante a pessoa que tenta suicídio, evitando assim o estabelecimento de barreiras na comunicação.

4.1– DIAGNÓSTICOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM-CIPE

DIAGNÓSTICO	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
✓ Tristeza presente, na pessoa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que a pessoa não apresente sentimentos de desalento e de melancolia associados com falta de energia; não verbalize tristeza; não verbalize desinteresse pela vida; não apresente apatia; não apresente choro fácil; não apresente tom de voz baixo e fala arrastada; não exiba desleixo no autocuidado; não apresente isolamento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilizar presença, manifestando interesse e aceitação; ▪ Gerir ambiente (ambiente calmo, seguro e confortável); ▪ Oferecer escuta ativa, orientada para o problema, permitindo a expressão verbal e não-verbal de sentimentos e a focalização na interação; ▪ Gerir comunicação, assegurando a compreensão do indivíduo, gerindo silêncio e evitar barreiras de comunicação; ▪ Incentivar participação em atividades lúdico- terapêuticas; ▪ Promover e vigiar interação com o grupo; ▪ Supervisionar tristeza; ▪ Elogiar comportamento de procura de saúde e de adesão.
✓ Bem-Estar Psicológico alterado, na pessoa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que a pessoa não verbalize descontentamento; aceite as suas limitações; demonstre preocupação com os outros; não verbalize descontentamento relativamente a si; melhore a manutenção do autocuidado; participe em atividades de 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilizar presença, manifestando interesse e aceitação; ▪ Gerir ambiente (calmo, seguro e confortável); ▪ Oferecer escuta ativa, orientada para o problema permitindo a expressão verbal e não-verbal dos sentimentos e a focalização na interação; ▪ Gerir comunicação, assegurando a compreensão do indivíduo, gerindo silêncio e evitando barreiras de comunicação;

	<p>grupo; aumente o nível de confiança; aumente a valorização de elogios por parte dos outros; aumente expectativas sobre os outros; descreva sucesso no trabalho e nas relações sociais; verbalize sentimentos de auto valorização; demonstre orgulho próprio; demonstre bem-estar psicológico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivar participação em atividades lúdico-terapêuticas realizadas no departamento; ▪ Promover autoestima (analisar a relação entre os sentimentos e a realidade concreta); ▪ Melhorar autoconhecimento (ajudar a pessoa a reorientar as percepções negativas); ▪ Promover suporte emocional (encorajar a expressão de sentimentos); ▪ Planejar/executar reestruturação cognitiva; ▪ Supervisionar a frequência de autoavaliações negativas; ▪ Planejar/programar/executar Entrevista de Ajuda (semanal, 45 min)
✓ Solidão presente, na pessoa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que a pessoa não verbalize sentimentos de falta de esperança; não apresente isolamento social; não verbalize sentimentos de exclusão; não verbalize sentimentos de melancolia e de tristeza associados à falta de companhia, de simpatia e de amizade; não verbalize 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilizar presença, manifestando interesse e aceitação; ▪ Oferecer escuta ativa, orientada para o problema, permitindo a expressão verbal e não-verbal dos sentimentos e a focalização na interação; ▪ Promover e vigiar interação com o grupo; ▪ Elogiar comportamento de procura de ajuda; ▪ Planejar visitas de amigos durante o internamento; ▪ Motivar para a interação com amigos após alta; ▪ Informar sobre as consequências da solidão; ▪ Instruir sobre métodos de distração (ouvir música...)

	sentimentos de perda de sentido, vazio e baixa autoestima	
✓ Humor depressivo presente em grau moderado, na pessoa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que a pessoa apresente respostas emocionais adequadas às circunstâncias; mantenha o seu padrão saudável de manifestação de sentimentos; apresente os afetos adequadamente; sinta prazer nas situações que anteriormente eram prazerosas; melhore os seus níveis de energia; não apresente ideação suicida; demonstre interesse por aspetos da sua vida. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilizar presença, manifestando interesse e aceitação; ▪ Gerir ambiente (calmo, seguro e confortável); ▪ Oferecer escuta ativa, orientada para o problema, permitindo a expressão verbal e não-verbal dos sentimentos e a focalização na interação; ▪ Gerir comunicação, assegurando a compreensão do indivíduo, gerindo o silêncio e evitando barreiras de comunicação; ▪ Incentivar participação em atividades lúdico-terapêuticas realizadas no departamento; ▪ Elogiar comportamento de ajuda; ▪ Supervisionar humor; ▪ Avaliar sintomatologia depressiva; ▪ Promover suporte emocional, reconhecendo sentimentos e encorajando a sua expressão; ▪ Promover humor eutímico, através da reflexão com a pessoa sobre o seu estado de humor e referindo a importância do humor como agente socializante; ▪ Promover a utilização de mecanismos de <i>coping</i> eficazes (avaliar a capacidade para tomar decisões, ajudar a identificar as suas forças e habilidades, incentivar a identificar objetivos a curto prazo e a longo prazo, promover treino de estratégias);

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Executar reestruturação cognitiva; ▪ Instruir a pessoa sobre técnicas de resolução de problemas.
✓ Coping ineficaz presente, na pessoa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que a pessoa não verbalize sentimentos de descontrolo da situação e de impotência; utilize mecanismos de coping eficazes; procure informação sobre a doença e tratamento; modifique o seu estilo de vida, consoante a necessidade; utilize suporte social de forma eficaz; adote comportamentos de redução de <i>stress</i>; verbalize necessidade de ajuda; descreve sintomas de desconforto com determinadas situações. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilizar presença, manifestando interesse e aceitação; ▪ Gerir ambiente (calmo, seguro e confortável); ▪ Oferecer escuta ativa, orientada para o problema, permitindo a expressão verbal e não-verbal dos sentimentos e a focalização na interação; ▪ Gerir comunicação, assegurando a compreensão do indivíduo, gerindo o silêncio e evitando barreiras de comunicação; ▪ Promover a utilização de mecanismos de <i>coping</i> eficazes (avaliar a capacidade para tomar decisões, ajudar a identificar as suas forças e habilidades, incentivar a identificar objetivos a curto prazo e a longo prazo, promover treino de estratégias); ▪ Executar reestruturação cognitiva; ▪ Elogiar comportamento de procura de ajuda; ▪ Planear/programar/executar Entrevista de Ajuda (semanal/45 min).
✓ Vontade de viver diminuída, na pessoa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que a pessoa não expresse ideação suicida; demonstre comportamentos de procura de ajuda; não verbalize dificuldade em controlar impulsos; apresente crítica para a sua tentativa de suicídio; reconheça os 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilizar presença, manifestando interesse e aceitação; ▪ Gerir ambiente (calmo, seguro e confortável); ▪ Oferecer escuta ativa, orientada para o problema, permitindo a expressão verbal e não-verbal dos sentimentos e a focalização na interação;

	benefícios do tratamento para as ações e tentativa de suicídio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gerir comunicação, assegurando a compreensão do indivíduo, gerindo o silêncio e evitando barreiras de comunicação; ▪ Incentivar participação em atividades lúdico-terapêuticas realizadas no departamento; ▪ Elogiar comportamento de procura de ajuda e adesão ▪ Planear/programar/executar Entrevista de Ajuda (semanal/45 min); ▪ Motivar para um Projeto de Vida (incentivar a escrever referências gratificantes e frustrantes da sua vida, discutir situações alternativas)
✓ Angústia presente, na pessoa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que a pessoa seja capaz de manifestar sentimentos de estar em boas condições psicológicas, demonstrar satisfação com o controlo de <i>stress</i> e sofrimento; ausência de sentimentos de dor intensa e forte, pena e aflição 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilizar presença, manifestando interesse e aceitação; ▪ Gerir ambiente (calmo, seguro e confortável); ▪ Oferecer escuta ativa, orientada para o problema, permitindo a expressão verbal e não-verbal dos sentimentos e a focalização na interação; ▪ Gerir comunicação, assegurando a compreensão do indivíduo, gerindo o silêncio e evitando barreiras de comunicação; ▪ Incentivar participação em atividades lúdico-terapêuticas; ▪ Elogiar comportamento de procura de ajuda e adesão; ▪ Promover a utilização de mecanismos de <i>coping</i> eficazes (avaliar a capacidade para tomar decisões, ajudar a identificar as suas forças e habilidades, incentivar a identificar objetivos a curto prazo e a longo prazo, promover treino de estratégias);

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Executar reestruturação cognitiva; ▪ Planear/programar/executar Entrevista de Ajuda (semanal/45 min).
✓ Dinâmica Familiar comprometida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que a pessoa/família seja capaz de manifestar sentimentos de aceitação da doença, ausência de conflitos entre os membros da família. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilizar presença, manifestando interesse e aceitação; ▪ Gerir ambiente (calmo, seguro e confortável); ▪ Oferecer escuta ativa, orientada para o problema, permitindo a expressão verbal e não-verbal dos sentimentos e a focalização na interação; ▪ Gerir comunicação, assegurando a compreensão do indivíduo, gerindo o silêncio e evitando barreiras de comunicação; ▪ Promover a utilização de mecanismos de <i>coping</i> eficazes (avaliar a capacidade para tomar decisões, ajudar a identificar as suas forças e habilidades, incentivar a identificar objetivos a curto prazo e a longo prazo, promover treino de estratégias); ▪ Executar reestruturação cognitiva; ▪ Elogiar comportamento de procura de ajuda; ▪ Incentivar visitas da família; ▪ Planear/programar/executar Entrevista de Ajuda (semanal/45 min) com a pessoa; ▪ Planear/programar/executar Entrevista de Ajuda com a família; ▪ Disponibilizar presença à família, permitindo a expressão de sentimentos e emoções, manifestando interesse e aceitação.

5 – INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DE ENFERMAGEM

O principal objetivo da intervenção na crise é que a pessoa retome ao nível funcional anterior à crise, permitindo o avançar para um patamar superior ao nível anterior à crise, uma vez que adquire novas estratégias para solucionar os problemas. (Stuart & Laraia, 2001)

De acordo com o autor, o primeiro passo para intervenção na crise passa pela avaliação inicial para colheita de informações sobre a natureza da crise e o seu efeito sobre a pessoa, sendo a situação de crise o foco de avaliação, não descurando outros problemas com maior ou menor duração que podem ser identificados aquando da avaliação.

A análise da situação de crise deve compreender o fator de *stress* precipitante, a história de vida (fracassos ou rejeições que possam potenciar a vulnerabilidade à situação), e os problemas do estágio da vida (influenciam a capacidade de tolerância à perda e desapontamentos). (Townsend, 2002)

Chalifour (2009) salienta que aquando da intervenção na crise, o profissional da saúde deve ter em conta:

- Estabelecimento e manutenção de um laço positivo e significativo com a pessoa;
- Recolha de informações acerca da pessoa, avaliando o seu funcionamento geral e determinando a prioridade da intervenção;
- Procurar com a pessoa acontecimentos de vida significativos e recentes, potencialmente desencadeadores da crise;
- Ajudar a pessoa na tomada de consciência do significado atribuído ao acontecimento;
- Permitir a correção das distorções cognitivas (reestruturação cognitiva) que a pessoa atribui ao acontecimento e aos efeitos que causa na sua vida;
- Permitir a expressão das emoções;
- Explorar as capacidades de controlo (auto-controlo) da pessoa e conhecer a sua rede de apoio;
- Oferecer apoio intensivo à pessoa.

Aquando da aliança terapêutica com a pessoa que tenta suicídio, a entrevista inicial tem dois objetivos fundamentais: colheita de informações relevantes (semiológico) e apoio emocional e estabelecimento de vínculo. Este primeiro contato pode muitas vezes ocorrer em situações desfavoráveis (pessoa renitente, sonolenta, em negação do acontecimento ou a necessitar de cuidados de saúde emergentes/urgentes) pelo que se torna necessário o estabelecimento de confiança e obtenção da colaboração através do estabelecimento de um vínculo com a pessoa. (Bertole, Mello-Santos, & Botega, 2010)

A pessoa suicida, ao mesmo tempo que é muito discreta no que se refere a comunicar as suas intenções suicidas, fala muito sobre a sua dificuldade para continuar a viver e da vontade de por fim aos seus dias.

Torna-se importante abordar a questão diretamente e demonstrar à pessoa que as intervenções de enfermagem podem ajudar a ultrapassar o momento penoso, potenciando o restabelecimento do equilíbrio (Phaneuf, 2005). “Com a pessoa suicida, a relação ajudante-pessoa ajudada está no centro da intervenção terapêutica. Graças a um diálogo impregnado de calor e compaixão, esta pessoa, sentindo-se reconhecida e escutada, pode procurar alternativas à sua vontade de acabar” (Phaneuf, 2005, p. 415)

Dada a escassez de horas de estágio, a intervenção com a Sr.^a E. ocorreu essencialmente em dois momentos, sendo eles a entrevista inicial e a uma entrevista de ajuda na semana seguinte em que a preocupação da Sr.^a E já recaía sobre a alta e o momento de entrevista com a Terapeuta Ocupacional.

Foi possível iniciar algumas das intervenções planeadas, no entanto, não se torna possível indagar acerca da efetividade das mesmas para o alcançar dos objetivos, uma vez que não foram realizadas de forma consistente.

6 – ANÁLISE DA INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

Dadas as limitações em termos de disponibilidade para a implementação das intervenções (horas de estágio reduzidas) e ao período curto de internamento da Sr.^a E., não foi possível implementar as intervenções de enfermagem delineadas, nem tão pouco indagar acerca da sua efetividade para alcançar os objetivos delineados.

Apesar do exposto, consideramos que foi possível a criação do vínculo indispensável à relação e à eficácia da entrevista de ajuda, avaliando pelo entusiasmo demonstrado pela Sr.^a E. no encontro seguinte à entrevista de avaliação inicial.

Foi possível avaliar o seu agrado, tanto pelo encontro, como por dar notícia de que a sua alta clínica estaria para breve. Neste segundo encontro, a Sr.^a E. iniciou em breves minutos a verbalização de sentimentos e emoções tais como felicidade e preocupação, bem como ansiedade, vivenciados em consequência de entrevista com Terapeuta Ocupacional que ocorreria naquele dia, o que nos permite avaliar que ocorreu estabelecimento de confiança que permitiu este nível de trocas.

Consideramos que o objetivo inicial, o de estabelecimento de relação terapêutica, foi alcançado com sucesso. Foi com satisfação que nos deparamos com a constatação de que este objetivo havia sido alcançado, surgindo o sentimento de dever cumprido e etapa ultrapassada com sucesso, o que nos dá motivação para continuar.

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer do seu exercício profissional, o enfermeiro estabelece diariamente interações terapêuticas, assentes nos pressupostos da Relação de Ajuda. Entenda-se por relação terapêutica aquela que se estabelece com intencionalidade e objetivos delineados, onde se cria uma parceria enfermeiro- a pessoa alvo dos cuidados.

A habilidade técnica do enfermeiro e as condições onde as relações se estabelecem nem sempre são propícias ao estabelecimento eficaz da relação de ajuda, o que condiciona a efetividade das intervenções no que diz respeito ao potenciar a evolução e mudança desejada no sentido da autonomia e bem-estar da pessoa.

A análise deste caso permitiu a aquisição de competências para análise e estudo de casos no futuro. Cientes de que cada caso é um caso e de que as habilidades que são necessárias para o estabelecimento da relação com uma pessoa podem ser diferentes ou até mesmo dificultadoras na relação com outra, consideramos mesmo assim, que através da análise reflexiva acerca dos sentimentos e reações por nós identificadas, o nosso autoconhecimento, se impõe como um elemento facilitador em situações seguintes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2006). *DSM-IV-TR. MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICA DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS* (4ª Edição. Texto Traduzido). Lisboa: CLIMEPSI EDITORES.
- Bertole, J., Mello-Santos, C., & Botega, N. (Outubro de 2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32, pp. 87-95.
- Bleger, J. (1998). *Temas de Psicologia: Entrevista e Grupos. 2ª edição*. São Paulo: Martins Fontes.
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica VOLUME 2 Estratégias de Intervenção*. Loures: LUSODIDACTA - Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, lda.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica Volume I. Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Durkheim, É. (2011). *O SUICÍDIO. ESTUDO SOCIOLOGICO*. Lisboa: Editorial Presença.
- Freese, B. (2004). Betty Newman; Modelo de Sistemas. In A. Tomey, & M. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (pp. 336-375). Loures: LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Instituto Nacional de Estatística. (23 de 10 de 2012). *Portal do Instituto Nacional de Estatística*. Obtido em 20 de 01 de 2013, de Instituto Nacional de Estatística: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003989&contexto=bd&selTab=tab2
- Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J. (2006). *COMPÊNDIO DE PSIQUIATRIA Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica 7ª Edição*. Porto Alegre: Artmed.
- Lester, D. (2011). The Cultural Meaning of Suicide: What does that mean? *Omega*, Volume 64 (1), pp. 83-94.
- Maine Suicide Prevention Program. (s.d.). *Maine.gov*. Obtido em 09 de 02 de 2013, de Maine Suicide Prevention Program: <http://www.maine.gov/suicide/about/riskprot.htm>
- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- Oliveira, A., Amâncio, L., & Sampaio, D. (4 (XIX) de 2001). Arriscar morrer para sobreviver. Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, pp. 509-521.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS PARA A PREVENÇÃO DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E COMPORTAMENTOS DA ESFERA SUICIDÁRIA. *Cadernos OE*, Série 1 nº 4.
- Orden, K., Witte, T., Cukrowicz, K., Braithwaite, S., Selby, E., & Jr., T. J. (Abril de 2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychol Rev*, pp. 575-600.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência - Edições Técnica e Científicas.
- Sociedade Portuguesa de Suicidologia. (07 de 01 de 2009). *SPS Sociedade Portuguesa de Suicidologia*. Obtido em 20 de 01 de 2013, de Tentativa de Suicídio e Para-suicídio: http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=61:tentativa-de-suicidio-e-para-suicidio&catid=36:procura-apoio&Itemid=59
- Sociedade Portuguesa de Suicidologia. (20 de Maio de 2009). *SPS. Sociedade Portuguesa de Suicidologia*. Obtido em 09 de Fevereiro de 2013, de Então que tipo de fatores podem contribuir para alguém ter pensamentos suicidários?: http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=25:entao-que-tipo-de-factores-pode-contribuir-para-alguem-ter-pensamentos-suicidarios-&catid=31:geral&Itemid=28
- Stuart, G., & Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica. Princípios e Prática*. 6ª edição. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Townsend, M. (2002). *Enfermagem Psiquiátrica. Conceitos de Cuidados*. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Tsirigotis, K., Gruszczynski, W., & Lewik-Tsirigotis, M. (04 de 10 de 2012). *Manifestations of Indirect Self-destructiveness and Methods of Suicide Attempts*. Obtido em 01 de 12 de 2012, de Springerlink.com.
- World Health Organization. (31 de 08 de 2012). *World Health Organization*. Obtido em 20 de 01 de 2013, de Programmes and projects. Suicide Prevention (SUPRE): http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html
- Yin, R. (2001). *ESTUDO DE CASO. Planejamento e Métodos*. 2ª Edição. Porto Alegre: Bookman.

APÊNDICE V – Atividade lúdico-terapêutica “Levar a Mal e Apreciar”

SESSÃO LÚDICO-TERAPÊUTICA

Nome	“Levar a Mal e Apreciar”
Técnica	Cognitiva
Objetivos	Promover autoconhecimento e aptidões de confronto com fatores <i>stressantes</i> Facilitar sociabilização com o grupo e o desenvolvimento social Permitir a expressão de sentimentos e emoções Promover o <i>coping</i> na resolução de problemas Permitir desenvolvimento de comunicação eficaz Promover a diminuição da ansiedade
Local	Sala de atividades do Departamento de Psiquiatria
População Alvo	5 pessoas internadas no Serviço de Internamento de Psiquiatria com depressão, isolamento social, ideação suicida ou tentativa de suicídio
Crítérios de Exclusão	Presença de alterações da forma e conteúdo do pensamento Agitação psicomotora e/ou inquietação marcada Ausência de capacidade de expressão oral
Duração	45min
Metodologia	Apresentação do dinamizador Pedir que cada participante se apresente ao grupo Explicar objetivos da sessão e metodologia Pedir para que cada participante complete a frase “ <i>Eu levo a mal que...</i> ”, um de cada vez. Repetir com a frase “ <i>Eu aprecio que...</i> ” Garantir que todos os participantes percebem o que lhes é pedido e o significado dos termos Garantir a ausência de comentários, quer do dinamizador como das restantes pessoas do grupo Cada pessoa tem a possibilidade de dizer: “Eu não levo nada a mal”; “E não aprecio nada”; “passo”; “sem comentários” Pedir no final da sessão que manifestem a sua opinião sobre a atividade, se retiraram proveito da mesma, se promoveu o autoconhecimento e o conhecimento do Outro.
Dinamizadora	Enf. ^a Joana Madeira
Moderador	Enf ^o M. R.
Avaliação/Descrição	Realizada através da observação direta dos comportamentos, pela verbalização e manifestação de sentimentos e emoções pelos participantes e pelos comentários dos participantes no final da sessão. Os participantes manifestaram agrado pela participação na atividade, pediam a palavra para continuar a falar das suas vivências, denotando necessidade da expressão verbal de sentimentos e emoções. No final da sessão os participantes referiram que as sessões são importantes e que sentem necessidade de comunicar os seus sentimentos com alguém, não o fazendo muitas vezes para não incomodar a equipa ou por não conseguirem manifestar essa necessidade. Referiram que as sessões possibilitam um momento privilegiado para as trocas e que deveriam ser realizadas com maior regularidade e frequência ao longo do dia, não só em grupo mas também sessões individuais.

**APÊNDICE VI – Comunicação oral: “Alterações Psicológicas na Gravidez,
Maternidade e Parentalidade ”**

**Preparação para
a Parentalidade**

ASPETOS PSICOLÓGICOS GRAVIDEZ E PARENTALIDADE

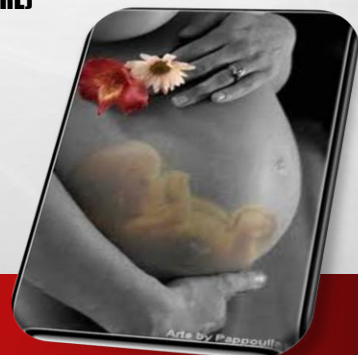


Enfª Joana Madeira
Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**Preparação para
a Parentalidade**

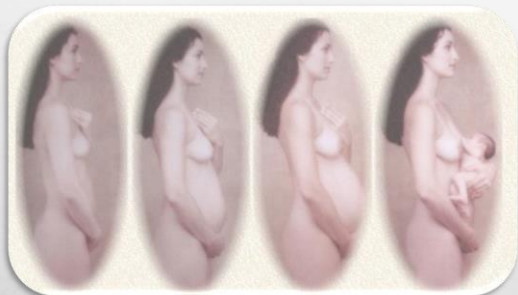
SUMÁRIO

- **ASPETOS PSICOLÓGICOS NA GRAVIDEZ (1º, 2º E 3º TRIMESTRE)**
- **CONJUGALIDADE E PARENTALIDADE**
- **SEXUALIDADE**
- **PSICOPATOLOGIAS NO PÓS-PARTO**



ASPETOS PSICOLÓGICOS NA GRAVIDEZ

Preparação para a Parentalidade



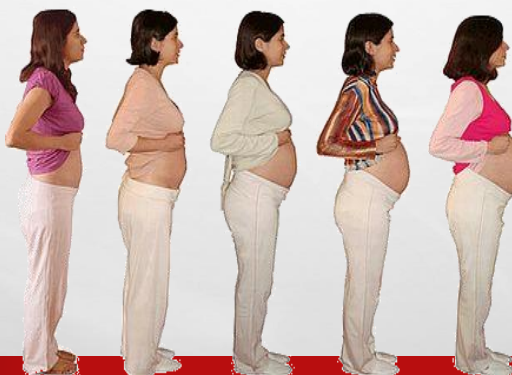
A GRAVIDEZ É CARACTERIZADA POR FORTES ALTERAÇÕES, QUER A NÍVEL FISIOLÓGICO COMO PSICOLÓGICO

TURBILHÃO DE PENSAMENTOS, EMOÇÕES, SENTIMENTOS AMBIVALENTES

ASPETOS PSICOLÓGICOS NA GRAVIDEZ

Preparação para a Parentalidade

A agitação da gravidez permite ao pais prepararem-se para a nova condição



A experiência da maternidade envolve sentimentos simultaneamente gratificantes e confusos, mas que a transforma uma experiência criativa

ASPETOS PSICOLÓGICOS NA GRAVIDEZ – 1º TRIMESTRE/INTEGRAÇÃO

Preparação para a Parentalidade



- Aceitação da notícia
- Integrar a gravidez com mudança de hábitos de vida
- Sentimentos ambivalentes entre o querer e não querer estar grávida
- Mulher – autoimagem, adaptações e relacionamentos
- Homem – responsabilidade e relacionamentos
- Ansiedade



ASPETOS PSICOLÓGICOS NA GRAVIDEZ – 1º TRIMESTRE/INTEGRAÇÃO

Preparação para a Parentalidade



- Influências do Bebê: sentimentos, equilíbrio hormonal, gostos e desejos
- Bebê como sendo uma parte de si mesma
- Pensamentos centrados em si mesma e na gravidez : Narcisismo
- Dependência: apoio social, amor, atenção e aceitação
- Exploração dos medos com a mãe (futura avó) e mães recentes

ASPETOS PSICOLÓGICOS NA GRAVIDEZ – 2º TRIMESTRE/DIFERENCIAÇÃO

Preparação para a Parentalidade



- Estabilidade Emocional
- Diferenciação Mãe-Bebé
- Início da relação Mãe-Filho: vínculo
- BEBÉ IMAGINÁRIO
- Comunicação verbal e tátil
- Ansiedade
- Reestruturação da relação do casal



BEBÉ IMAGINÁRIO - portador de sonhos, esperanças e ilusões da mãe

ASPETOS PSICOLÓGICOS NA GRAVIDEZ – 3º TRIMESTRE/SEPARAÇÃO

Preparação para a Parentalidade



- Aproximação do momento do parto
- Separação física e psicológica



- Personificação do bebê
- Preparação do enxoval, do quarto e do nome

**Preparação para
a Parentalidade**

ASPETOS PSICOLÓGICOS NA GRAVIDEZ – 3º TRIMESTRE/SEPARAÇÃO



- Sentimentos ambivalentes
- Medo do parto – angústia difícil de gerir
- Aumentam os receios em relação à saúde do bebé
- Ocorrência de pesadelos – exteriorização de medos e receios
- Estado de hipersensibilidade – desinvestimento daquilo que rodeia
- Reorganização psicológica

O momento do parto é vivido como sendo irreversível, imprevisível e desconhecido, fora de controlo

**Preparação para
a Parentalidade**

CONJUGALIDADE E PARENTALIDADE



CONJUGALIDADE

**Relação fundadora da família
e a mais importante no
contexto**

**Tarefa/Relação
mais exigente da
família**

PARENTALIDADE



CONJUGALIDADE E PARENTALIDADE

Preparação para a Parentalidade



- ✓ O nascimento de um filho implica reajustamento da vida conjugal, com forte impacto a nível emocional e familiar
- ✓ Passagem de uma situação de filhos para a de pais
- ✓ O casal deixa de ser a geração mais nova para integrar a geração intermédia – “sobe de geração”
- ✓ Duas pessoas a viver a sua conjugalidade com uma função acrescida ao nível da parentalidade

A Parentalidade implica a vivência de uma relação precoce da tríade Mãe, Filho e Pai

CONJUGALIDADE E PARENTALIDADE

Preparação para a Parentalidade



- ✓ Homem e mulher deparam-se com nova imagem de si e do outro
- ✓ Novas emoções em qualidade e quantidade, acompanhadas por novas aprendizagens
- ✓ Aumento do sentido de responsabilidade e incertezas constantes
- ✓ Benefícios em viver em função do “Nós” por oposição ao “Eu” - Cooperação

Ter um filho implica dar vida a um novo ser humano mas também a um novo casal

CONJUGALIDADE E PARENTALIDADE

Preparação para a Parentalidade

FASE DE GRANDE ENTUSIASMO...

- ✓ Diminui disponibilidade para a relação conjugal
- ✓ Desgaste físico com falta de sono
- ✓ Atenção direccionada para a criança



IMPORTANTE...

- ✓ Clarificar e ajustar expectativas
- ✓ Partilhar emoções
- ✓ Encontrar equilíbrio na relação, definindo limites e papéis

O casal deverá preservar-se – Viver a Conjugalidade

CONJUGALIDADE E PARENTALIDADE

Preparação para a Parentalidade



- ✓ Retirar algumas horas por semana ou por mês para a vida conjugal
- ✓ O casal deveria falar entre si sobre formas de melhorar a sexualidade, partilhando e ajustando desejos e medos:

- O que esperam um do outro
- Como lidar com as respetivas famílias de origem
- Gestão das tarefas
- Dificuldades económicas reais ou imaginárias
- ...

PAR CONJUGAL e PAR PARENTAL são papéis diferentes que devem ser ajustados ao longo do tempo

SEXUALIDADE

Preparação para a Parentalidade



Grandes alterações a nível Físico e Psicológico – influenciam a forma como a sexualidade é vivenciada pelo Par Conjugal

- Questões biológicas, psíquicas e sociais

SEXUALIDADE

Preparação para a Parentalidade

**A mulher canaliza as suas atenções para o mundo interior
– a sua sintonia deixa de ser com o companheiro e passa a ser com o bebé**



- ✓ **Grandes e rápidas alterações a nível corporal**
- ✓ **Partes do corpo assumem diferentes funções**
- ✓ **Medos – excessiva cautela e proteção**
- ✓ **Alterações do desejo e do desempenho sexual**

A MULHER EXPERIENCIA ORGULHO PELO SEU ESTADO GESTACIONAL TANTO QUANTO ESTE FOR COMPARTILHADO PELO COMPANHEIRO

SEXUALIDADE

**Preparação para
a Parentalidade**



Não há uma “receita” para a vivência da sexualidade

**Os medos e receios quanto à sexualidade devem ser
partilhados pelo par conjugal**



Cada Par Conjugal deve ser capaz de encontrar formas de prazer na relação a dois

PSICOPATOLOGIAS NO PÓS-PARTO

**Preparação para
a Parentalidade**



- ✓ **Blues Pós-Parto (disforia do humor)**
- ✓ **Depressão Pós-Parto**
- ✓ **Psicose Puerperal**

Os sintomas podem variar em gravidade de ligeiros a muito graves, até aos sintomas psicóticos

PSICOPATOLOGIAS NO PÓS-PARTO

**Preparação para
a Parentalidade**

ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS DE CURTA DURAÇÃO:

- ✓ Labilidade emocional sem causa aparente
- ✓ Crença de não conseguir cuidar do bebê
- ✓ Perda de controlo
- ✓ Instabilidade afetiva
- ✓ Insegurança
- ✓ Estados de ansiedade
- ✓ Sintomas depressivos



FAZEM PARTE DO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO... NÃO COMPROMETE A FUNÇÃO SOCIAL E RELAÇÃO MÃE-BEBÊ

PSICOPATOLOGIAS NO PÓS-PARTO

**Preparação para
a Parentalidade**

DEPRESSÃO PÓS-PARTO

- ✓ Irritabilidade fácil
- ✓ Choro frequente
- ✓ Sentimentos de desamparo e desesperança
- ✓ Falta de energia e motivação
- ✓ Anedonia
- ✓ Dificuldade na concentração e na tomada de decisão
- ✓ Perturbações alimentares e de sono
- ✓ Sensação de incapacidade para lidar com novas situações
- ✓ Queixas psicossomáticas



PSICOPATOLOGIAS NO PÓS-PARTO

**Preparação para
a Parentalidade**

PSICOSE PUERPERAL

- ✓ Fadiga e insónia
- ✓ Choro fácil e labilidade emocional
- ✓ Confusão e incoerência
- ✓ Discurso irracional
- ✓ Défices cognitivos graves
- ✓ Preocupações excessivas em relação à saúde e bem estar do bebé
- ✓ Queixas relacionadas com incapacidade de se mover ou manter-se de pé



**Preparação para
a Parentalidade**

**Questões, Dúvidas e
Partilha de Experiências...**



Sejam Felizes!

APÊNDICE VII – Comunicação oral: “Problemática da Tentativa de Suicídio em contexto de Serviço de Urgência Geral”

*Comemorações do Dia do
Enfermeiro 2013*

Problemática da Tentativa de Suicídio

Em contexto de Serviço de Urgência Geral

Enfª Joana Madeira
Serviço de Urgência

09/05/2013

Objetivos

- ✓ Sensibilizar para a Problemática do Suicídio
- ✓ Desmistificar Mitos Associados ao Suicídio
- ✓ Aclarar as necessidades das pessoas após TS
- ✓ Salientar os Cuidados de Enfermagem de Saúde Mental com a pessoa após TS em contexto de Urgência Geral

Pertinência!

Inclusão das temáticas de Saúde Mental - SUICÍDIO - nas formações gerais e não especializadas



CSP e Urgências Gerais podem ser ÚNICO ponto de contacto com o SNS

(Ordem do Enfermeiros, 2012)

PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO E SUICÍDIO - uma das áreas de preocupação descritas no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016

Dados Estatísticos

- ✓ A cada ano cerca de 1 milhão de pessoas morre por Suicídio (OMS, 2012)
- ✓ Em 2011: taxa de Suicídio a nível mundial foi de 16 por 100.000 habitantes (OMS, 2012)
- ✓ Em 2006: taxa de Suicídio a nível nacional foi de 8,2/100.000 habitantes
- ✓ Em 2010: 8,2/100.000 habitantes (INE)
- ✓ Em 2011: 1012 óbitos em Portugal por Suicídio (INE)

Em termos Globais, Portugal apresenta das mais baixas taxas de Suicídio da Europa

Dados Estatísticos – No Alentejo

2006: Taxa de Mortalidade Lesões Auto-provocadas Intencionalmente - 20,3/100.000 hab. (DGS, 2009)

Alentejo Litoral – taxa de mortalidade de 14,4/100.000 habitantes

Concelho de Odemira → Maiores Taxas de Suicídio a nível Mundial

2007: 61 mortes por cada 100.000 habitantes

Epicentro → Freguesia de Sabóia

Um dos maiores índices de Suicídio em todo o Mundo (Fundação Odemira, n.d.)

Dados Estatísticos – Na ULSLA, EPE

2012: admitidas 32 pessoas na sala de emergência do SU da ULSLA E.P.E. após TS

Triagem de Manchester (entre Junho-Dezembro 2012): 17 pessoas (fluxograma Autoagressão) e 86 pessoas (fluxograma Sobredosagem ou Envenenamento)

Algumas das TS: Fluxograma Queda e Grande Traumatismo (Salto de Alturas)

No Alentejo – Fatores Apontados

- ✓ Área Rural
- ✓ Níveis de pobreza elevados
- ✓ Taxas de migração elevadas de jovens para os centros urbanos
- ✓ Desertificação demográfica
- ✓ Pessoas idosas sozinhas, isoladas e com falta de apoios de uma forma geral

(Veiga & Saraiva, 2009)

No Alentejo – Fatores Apontados (Cont.)

- ✓ Património cultural forte
- ✓ Características de carácter melancólico (música, dança, costumes e poesia)
- ✓ Famílias pequenas com fraca ligação aos aspetos religiosos
- ✓ Envolve uma espécie de culto ou simbolismo (enforcamento em uma árvore específica)

(Veiga & Saraiva, 2009)

Contextualização Teórica – Suicídio

Durkheim (2011, p.23)

“todo o caso de morte que resulta directa ou indirectamente de um acto positivo ou negativo praticado pela própria vítima, acto que a vítima sabia dever produzir este resultado”

Suicídio Egoísta – Suicídio Altruísta – Suicídio por Anomia

Fenómeno Social em Geral

Shneidman

- ✓ Máximo de Dor
- ✓ Máximo de Perturbação
- ✓ Máximo de Pressão

(Saraiva, 2010)

Contextualização Teórica – Suicídio (Cont.)

- ✓ Ato de **VONTADE PRÓPRIA**
- ✓ Decisão **VOLUNTÁRIA** de não continuar a viver

“As pessoas reclamam o direito de escolha de pôr fim à sua vida quando a qualidade da mesma é inaceitável.”

(Neeb, 2000, p. 297)

QUESTÃO DE DIREITO CIVIL

Contextualização Teórica – Suicídio (Cont.)

Finalidade

Escapar a um Problema ou Crise causadora de Intenso Sofrimento

- ✓ necessidades frustradas ou não satisfeitas
- ✓ sentimentos de desesperança e desamparo
- ✓ conflitos ambivalentes entre a sobrevivência e um estresse insuportável
- ✓ estreitamento das opções percebidas
- ✓ necessidade de fuga
- ✓ angústia

(Kaplan, Sadock & Grebb, 2006)

Mitos...

Mito	Realidade
Se alguém fala acerca de suicídio é pouco provável que o faça	Muitas pessoas que morrem por suicídio comunicaram os seus sentimentos, pensamentos ou planos antes da sua morte
O suicídio é sempre um ato impulsivo	Muitas das pessoas que fizeram uma tentativa de suicídio tiveram pensamentos suicídios e contemplaram essa ideia antes de cometerem o ato de suicídio
As pessoas que realmente correm perigo de suicídio não são ambivalentes em relação à consumação do ato	A intensidade do desejo de morrer varia ao longo do tempo, com avanços e recuos. Muitas das pessoas que fazem tentativas ou que morrem por suicídio lutam contra desejos de morte
As pessoas que se suicidam são egoístas e fracas	Muitas das pessoas que cometem suicídio sofrem de doenças mentais que poderão ter sido ou não diagnosticadas
Uma pessoa inteligente e bem-sucedida nunca se suicidaria	O suicídio é geralmente mantido em segredo. O suicídio não tem limites culturais, étnicos, raciais ou socioeconómicos
É provável que falar sobre suicídio com uma pessoa deprimida faça com que ela se suicide	Muitas das pessoas deprimidas que têm ideias ou planos suicidas ficam aliviadas quando alguém delas toma conhecimento e tem capacidades para as ajudar. Falar sobre ideias de suicídio com uma pessoa deprimida não o levará a cometer o ato.
Não há nada que se possa fazer por uma pessoa que deseja suicidar-se	Muitos indivíduos que tentam suicidar-se, poderão sofrer de doenças mentais que responderão ao tratamento apropriado e eficaz. O tratamento apropriado de uma doença mental reduz significativamente o risco de suicídio.
As pessoas que fazem tentativas de suicídio querem apenas obter atenção dos outros	Em algumas pessoas, a tentativa de suicídio é o comportamento que leva ao primeiro contacto com um profissional de saúde. Um pedido desesperado de ajuda não é equivalente a querer obter a adequada atenção de terceiros

Contextualização Teórica – Tentativa de Suicídio

Durkheim (2011)

Ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, com o conhecimento pela pessoa de que este pode provocar a sua morte, mas que é interrompido antes que a morte ocorra

A intenção de morrer, subjacente aos atos é muito difícil de avaliar e quantificar

Oliveira, Amâncio & Sampaio (2001)

Contextualização Teórica – Tentativa de Suicídio (Cont.)

- ✓ No ano 2000 : 10 a 20 milhões de pessoas terão tentado Suicídio – n.ºs reais poderão ser mais elevados (OMS, 2006)
- ✓ Estima-se que por cada Suicídio consumado ocorram 20 comportamentos da esfera suicidária não fatais (OE, 2012)
- ✓ O risco para a repetição da TS é maior durante o ano que sucede à primeira tentativa

Contextualização Teórica – Tentativa de Suicídio (Cont.)

Método Usado

- ✓ Motivação
- ✓ Funções Psicológicas
- ✓ Formas de Luta
- ✓ Objetivos
- ✓ Personalidade

(Tsirigotis, Gruszczynski, & Lewik-Tsirigotis, 2012)

Baixa Capacidade ou Passividade na Resolução de Problemas

FORTE PREDITOR

(Tsirigotis, Gruszczynski, & Lewik-Tsirigotis, 2012)

Contextualização Teórica – Crise

“quando um evento de vida perturba o equilíbrio psicológico de um indivíduo ou de um grupo.”

(Benter, 2001, p. 257)

**Pessoa em
CRISE SUICIDA**

- ✓ discreta no que se refere a comunicar as suas intenções suicidas
- ✓ fala muito sobre a sua dificuldade para continuar a viver e da vontade de por fim aos seus dias

Contextualização Teórica – Crise (Cont.)

“Com a pessoa suicida, a relação ajudante-pessoa ajudada está no centro da intervenção terapêutica. Graças a um diálogo impregnado de calor e compaixão, esta pessoa, sentindo-se reconhecida e escutada, pode procurar alternativas à sua vontade de acabar”

(Phaneuf, 2005, p. 415)

(L'apport' 2002' p' 412)

Intervenção na Crise Suicida

Objetivo

- ✓ Promover a resolução da crise, a diminuição da angústia e o restabelecimento do equilíbrio psicológico, tão rapidamente quanto possível

(Kaplan, Sadock, & Greeb, 2006)

Intervenção na Crise Suicida (Cont.)

- ✓ Valorização da Rede Significativa como suporte na ajuda para lidar com a pessoa em crise suicida

(Silva & Costa, 2010)

- ✓ O envolvimento da Família (Pereira, 2011)

- ✓ Organização de uma Rede de Serviços em torno da pessoa

- ✓ Aceder à Sintomatologia apresentada

(Petri, Tondo, Sisti, Rocchi, & Girolamo, 2010)

ABORDAGEM SISTÊMICA

fatores biológicos, sociais, psicológicos, familiares, culturais e religiosos

Intervenção na Crise Suicida (Cont.)

Entrevista de AVALIAÇÃO INICIAL

Fatores de Risco ou Predisponentes

Fatores de Proteção

Dados Epidemiológicos

Caracterização do Ato

Antecedentes Pessoais e Familiares

Modelos de Identificação

Dados de Saúde Física

Rede Social de Apoio

(Bertole, Mello-Santos, & Botega, 2010)

Utilização de TÉCNICAS RELACIONAIS, ESTRATÉGIAS DE ACOLHIMENTO e VÍNCULO

(Abreu, Lima, Kohlrausch, & Soares, 2012)

Intervenção na Crise Suicida (Cont.)

Abordagem Terapêutica

Avaliação do Comportamento Suicidário
 Avaliação da Intencionalidade Suicida
 Avaliação da Letalidade do Ato
 Avaliação da Motivação,
 Realização de Exame de Estado Mental
 (Pereira, 2011)

AVALIAÇÃO DO RISCO

Importante na manipulação da Crise

(Vilas-Boas, 2011)

Intervenção na Crise Suicida (Cont.)

Wharff, Ginnis, & Ross, 2012

- Intervenções Psicoeducativas
- Técnicas de Relaxamento
- Terapia de Resolução de Problemas
- Terapia Cognitiva



Acompanhamento telefônico
 após um dia, uma semana, duas
 semanas, um mês e três meses

**Efetividade na ABOLIÇÃO da disrupção familiar, acadêmica e atividades sociais
 MENOS INTRUSIVAS E MENOS DISPENDIOSAS que a hospitalização**

Intervenção na Crise Suicida (Cont.)

AMBIENTE FÍSICO
- promotor da expressão dos
sentimentos
(Chan, Chien, & Tso, 2008)

Transmitir segurança
Silencioso
Pouca Estimulação
Conforto
Menor nível de Isolamento possível

Salas isoladas e em áreas
separadas transmitem
exclusão

As pessoas percebem-nas
como punição
Aumenta a ansiedade e as
ideias de Isolamento

(Strike, et al., 2008)

Intervenção na Crise Suicida (Cont.)

ENCAMINHAMENTO Adequado para avaliação por PSIQUIATRIA



SEGUIMENTO adequado após a crise, potenciado a Prevenção da Recidiva

Resumindo!

- Estabelecimento da **RELAÇÃO TERAPÊUTICA**
- Valorização da **REDE SIGNIFICATIVA** e envolvimento da **FAMÍLIA**
- Entrevista de **AVALIAÇÃO INICIAL**
- **AVALIAÇÃO DO RISCO** de Suicídio
- **ENCAMINHAMENTO** adequado para avaliação por especialidade - **PSQUIATRIA**
- **SINALIZAÇÃO** e **SEGUIMENTO** no pós-Alta

Referências Bibliográficas

- Abreu, K., Lima, M., Kohlrausch, E., & Soares, J. (2012). Comportamento Suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem, Volume 12 n°1*, pp. 195-200. Obtido de <http://www.fen.ufg.br/revista/v12n1/v12n1a24.htm>
- Benter, S. (2001). Intervenção em Crises. Em G. Stuart, & M. Laraia, *Enfermagem Psiquiátrica - Princípios e Prática* (pp. 254-273). Porto Alegre: ARTMED EDITORA.
- Bertole, J., Mello-Santos, C., & Botega, N. (Outubro de 2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32, pp. 87-95.
- Conselho Internacional de Enfermeiros; Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem, CIPE. Versão 2*. Santa Maria da Feira: Lusodidacta, Lda.
- Durkheim, É. (2011). *O SUICÍDIO. ESTUDO SOCIOLOGICO*. Lisboa: Editorial Presença.
- Fundação Odemira. (s.d.). *Bolsa de valores Sociais*. Obtido em 01 de 01 de 2013, de A Vida Vale: www.bvs.org.pt/view/viewDoaProj01.php?cod=200
- Instituto Nacional de Estatística. (23 de 10 de 2012). *Portal do Instituto Nacional de Estatística*. Obtido em 20 de 01 de 2013, de Instituto Nacional de Estatística: http://www.inec.pt/sportal/xmain?xid=INE&xpid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003989&contexto=bd&selTab=tab2
- Kutcher, S., & Chehil, S. (2007). *Gestão de Risco de Suicídio. Um Manual para Profissionais de Saúde. 1ª Edição*. Portugal: Lundbeck Institute.
- Kaplan, H., Sadock, B., & Greeb, J. (2006). *COMPÊNDIO DE PSQUIATRIA - Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 7ª Edição*. Porto Alegre: Artmed.
- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Saraiva, C. (2010). Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica, Volume 31 n°3*, pp. 185-205
- Ordem dos Enfermeiros. (Outubro de 2012). *GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS PARA A PREVENÇÃO DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E COMPORTAMENTOS DA ESFERA SUICIDÁRIA. Série 1 nº4*. Lisboa: Cadernos OE.
- Orden, K., Witte, T., Cukrowicz, K., Braithwaite, S., Selby, E., & Jr., T. J. (Abril de 2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychol Rev*, pp. 575-600. Obtido de Nathional Institutes of Health.

Referências Bibliográficas (Cont.)

- Oliveira, A., Amâncio, L., & Sampaio, D. (4 (XIX) de 2001). Arriscar morrer para sobreviver. Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, pp. 509-521.
- Organização Mundial de Saúde . (2006). *Prevenção do Suicídio. Um recurso para os conselheiros*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Petri, A., Tondo, L., Sisti, D., Rocchi, M., & Girolamo, G. (2010). Correlates and antecedents of hospital admission for attempted suicide: a nationwide survey in Italy. *European Archive Psychiatric Clinic Neurociens*, 181-190.
- Pereira, C. (Junho de 2011). Risco Suicidário em Jovens: Avaliação e Intervenção em Crise. *PsíLogos, Volume 9*, pp. 11-23.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas Lda.
- Silva, M., & Costa, I. (2010). A rede social na intervenção em crise nas tentativas de suicídio: eles imprescindíveis da atenção. *Revista Tempus. Actas Saúde Colectâneas, Volume 4 n°1*, pp. 19-29.
- Strike, C., Rufo, C., Spence, J., Links, P., Bergmans, Y., Ball, J., & Rhodes, A. (Agosto de 2008). Unintented Impact of Psychiatric Safe Rooms in Emergency Departments: The Experiences of Suicidal Males With Substance Use Disorders. *Oxford University Press, Volume 8 n°3*, pp. 264-273.
- Tsigotis, K., Gruszczynski, W., & Lewik-Tsigotis, M. (04 de 10 de 2012). *Manifestations of Indirect Self-destructiveness and Methods of Suicide Attempts*. Obtido em 01 de 12 de 2012, de Springerlink.com.
- Veiga, F., & Saraiva, C. (15 de Janeiro de 2009). *Suicídio em Portugal*. Obtido em 10 de Dezembro de 2012, de SPS. Sociedade Portuguesa de Suicidologia: http://www.spsuicidologia.pt/index.php?searchword=suic%C3%AAdio+em+portugal&ordening=newest&searchphrase=exact&Itemid=71&option=com_search
- Vilas-Boas, L. (11 de 12 de 2011). *O Julgamento Clínico no contexto do risco de suicídio*. Obtido de Psicologia.pt. O portal dos psicólogos: www.psicologia.pt
- Wharff, E., Ginnis, K., & Ross, A. (Abril de 2012). Family-based Crisis Intervention with Suicidal Adolescents in Emergency Room: A Pilot Study. *Social Work, Volume 57 n°2*, pp. 133-143.

ANEXOS

ANEXO I – Comprovativo de participação no Encontro “Estratégias de Combate ao Isolamento e à Violência Contra a Pessoa Idosa”



Encontro » » »

"Estratégias de Combate ao Isolamento e à Violência contra a Pessoa Idosa"

Certificado

Certifica-se que

.....*Jana Isabel Domingues Madeira*.....
participou no Encontro "Estratégias de Combate ao Isolamento e à Violência contra a Pessoa Idosa", promovido pela Câmara Municipal de Estremoz e pelo Núcleo Distrital de Évora da EAPN Portugal, no dia 18 de outubro de 2013, em Estremoz.

O Presidente da Câmara
Municipal de Estremoz

Luís Filipe Pereira Mourinha

Coordenador do Núcleo Distrital
de Évora da EAPN Portugal

p.l. Dr.º José Ilhéu

ANEXO II – Comprovativo de participação no “I Encontro de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Secção Regional do Sul”



Secção Regional do Sul

Certificado de Presença

Para os devidos efeitos se certifica que o(a) Senhor(a) Enfermeiro(a) *Joana Isabel*
Domingues Madeira, esteve presente no **I Encontro de Enfermagem de**
Saúde Mental e Psiquiátrica da Secção Regional do Sul, que se realizou no dia 26 de
outubro de 2013, no Auditório da Direção Regional de Educação do Alentejo, Évora.

Lisboa, 26 de outubro de 2013.

Presidente Conselho Diretivo
Secção Regional do Sul
Ordem dos Enfermeiros

Enf. Alexandre Tomás

ANEXO III – Certificado de comunicação oral: “Intervenção na Crise com a Pessoa após Tentativa de Suicídio”



Declaração

Para os devidos efeitos se declara que, **Joana Isabel Domingues Madeira**, participou como Formadora no programa de comemoração:

Dia Internacional do Enfermeiro

- A tentativa de Suicídio em contexto de urgência

Esta sessão lectiva realizou-se no dia 09 de Maio de 2013, e teve a duração total de 4Horas.

Por ser verdade, se passa a presente declaração que vai assinada e autenticada com o selo branco em uso nesta Instituição.

Santiago do Cacém, 02 de Agosto de 2013

Enfermeira Diretora

